



La comunicación como herramienta del cuidado de enfermería en el alivio del sufrimiento

Revisión Narrativa

Trabajo de Fin de Grado

Enfermería

Autor: Jesús Espinosa Pérez

Tutora: Matilde Tenorio Matanzo

Convocatoria 2017/2018

“Lo que no supimos decir nos dolerá eternamente y sólo el valor de un corazón abierto podrá librarnos de esta congoja. Nuestros encuentros en la vida son un momento fugaz que debemos aprovechar con la verdad de la palabra y la sutileza de los sentimientos”

Susanna Tamaro. “Donde el corazón te lleve”

INDICE

Resumen.....	1
Introducción	2
Marco teórico	3
La persona y sus necesidades	3
La humanización del cuidado.....	8
Ética del cuidado	9
El sufrimiento	11
El temperamento de la persona	19
La Comunicación	20
Objetivo principal.....	27
Objetivos secundarios	27
Material y método	28
Resultados y conclusiones	30
Resultados	30
Desinformación sobre el cuidado espiritual	32
El concepto del holismo	32
El sufrimiento espiritual. Definición y aspectos relacionados	33
Cuidado espiritual como competencia de la Enfermería	36
Dificultades o impedimentos en el cuidado espiritual.....	39
El cuidado del sufrimiento espiritual. Comunicación terapéutica.....	39
Conclusiones	44
Limitaciones del estudio	45
Agradecimientos	46
Bibliografía.....	47
Anexo I	52

Resumen

Objetivo principal: Mostrar cómo la comunicación terapéutica basada en la humanización y la excelencia en el cuidado es realmente eficaz en el alivio del sufrimiento humano.

Metodología: Revisión narrativa bibliográfica de 11 artículos. Para la búsqueda bibliográfica se consultaron cuatro bases de datos (PubMed, Scielo, Cuiden y Dialnet Plus), haciendo uso de operadores booleanos.

Resultados principales: De la búsqueda bibliográfica se obtuvieron como elementos comunes la desinformación que existe sobre el cuidado espiritual, la importancia del concepto "holismo", la definición y características implicadas en el concepto del sufrimiento espiritual, el cuidado espiritual como competencia de la Enfermería, las dificultades que aparecen a la hora de aplicar el cuidado espiritual y la comunicación terapéutica como herramienta en el alivio del sufrimiento.

Conclusión: Existe dificultad en la búsqueda de artículos que se refieren al cuidado del sufrimiento, ya que existe poca bibliografía válida. Es necesaria una mayor investigación científica en este ámbito. La comunicación terapéutica es útil en el alivio del sufrimiento espiritual de las personas a las que cuida la Enfermería, por ello es necesaria también una mayor formación en habilidades de cuidado espiritual.

Palabras clave: Enfermería, Espiritualidad, Comunicación terapéutica, Sufrimiento espiritual, Holismo.

ABSTRACT

Main objective: To show how therapeutic communication based on humanization and excellence in care is really effective relieving human suffering.

Methodology: Narrative bibliographic review of 11 articles. For the bibliographic search, four databases were consulted, using Boolean operators.

Main results: From the bibliographic search were obtained some common elements: The disinformation that exists about spiritual care, the importance of the concept "holism", the definition and characteristics implied in the concept of spiritual suffering, the spiritual care as competence of Nursing, the difficulties that appear at the time of applying spiritual care and therapeutic communication as a tool in the relief of suffering.

Conclusion: There is difficulty in searching for articles that refer to care of suffering, because there is little useful bibliography. More scientific research is needed in this area. The therapeutic communication is useful in relieving the spiritual. Therefore, it is also necessary to have a greater training in spiritual care skills.

Key words: Nursing, Spirituality, Therapeutic communication, spiritual Suffering, Holism.

Introducción

La esencia de la Enfermería, es el acompañamiento. Esa es la vocación de la profesión. También la podríamos llamar relación enfermera-paciente. Con el paso del tiempo, y tras un proceso de deshumanización, hoy en día se da más importancia a las técnicas de enfermería, a los protocolos, a las patologías... y se da de lado en muchas ocasiones al paciente, a la persona.

Es necesario aclarar una serie de conceptos que serán utilizados.

En primer lugar, definir qué es la Enfermería para comprender esa labor de acompañamiento imprescindible. Según Hildegard E. Peplau, una de las grandes teóricas de la profesión enfermera, la Enfermería es “una relación humana entre una persona que está enferma, o necesitada de servicios de salud, y una enfermera con una formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda”¹. Y a raíz de esta relación pueden surgir las necesidades y problemas del paciente. Es lógico pensar que, tras los cuidados necesarios en un paciente y el tiempo dedicado por parte de la enfermera a ese paciente, vayan apareciendo en forma de conversación las necesidades más internas e íntimas de este último, imposibles de detectar a simple vista.

Con lo cual, gracias a la comunicación y la relación entre paciente y enfermera, es posible conocer mejor las necesidades del paciente y a la propia persona como tal, contribuyendo a forjar un trato más personal e individualizado. Así la enfermera puede saber qué problema o situación requiere más hincapié, favoreciendo la ayuda efectiva.

También aclararemos el significado de “holismo”. Según un diccionario filosófico², proviene del griego "hólos" (entero, completo). El holismo es una posición metodológica y epistemológica según la cual el organismo debe ser estudiado no como la suma de las partes sino como una totalidad organizada, de modo que es el "todo" lo que permite distinguir y comprender sus "partes", y no al contrario. Las partes no tienen entidad ni significado alguno al margen del todo, por lo que difícilmente se puede aceptar que el todo sea la "suma" de tales partes.

Aplicando esto último a la persona humana, esta se compone de varias dimensiones: física, psicológica, espiritual y social. De este modo, vemos cómo, Virginia Henderson, otra de las grandes teóricas de la enfermería aplica esto a la hora de elaborar su filosofía

del cuidado, considerando a la persona desde un punto de vista holístico y añadiendo que es posible entenderla y abordarla a través de sus 14 necesidades básicas³.

Por supuesto, es importante definir el término “sufrimiento”. La RAE lo define como “Padecimiento, dolor, pena”⁴. Es decir, hay una clara connotación negativa, como ya se sabe. Obviamente, ese dolor, ese padecimiento puede afectar, o hacer referencia a cualquiera de las dimensiones de la persona que se han comentado anteriormente. En este trabajo, nos centraremos, sobre todo, en el sufrimiento emocional, psicológico, existencial posiblemente derivado de una situación de dolor físico o afectación física. Como vemos, las dimensiones siempre están íntimamente relacionadas.

Por otro lado, como dice Clara Costa, las diferentes culturas poseen diferentes concepciones acerca del sufrimiento, por ende, podemos encontrar más de una connotación⁵.

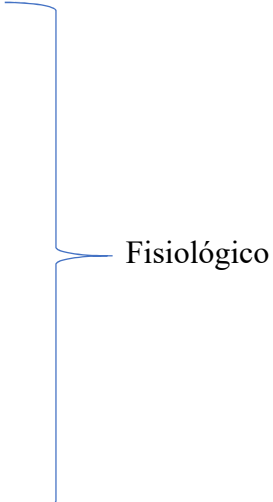
Es importante tener en cuenta que, en el caso de un dolor físico, es posible la detección de la causa mediante la exploración física, táctil, mediante pruebas médicas...etc. pero en el caso de un dolor emocional, un dolor psicológico, una de las herramientas más potentes de las que disponemos, y por eso en este trabajo se le va a dar más importancia, es la comunicación.

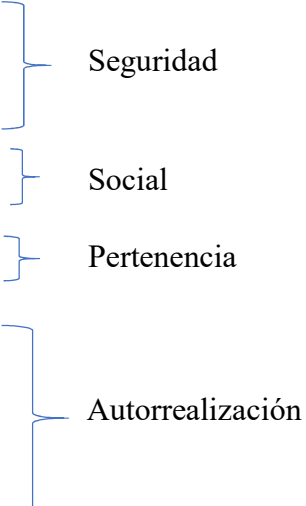
Marco teórico

La persona y sus necesidades

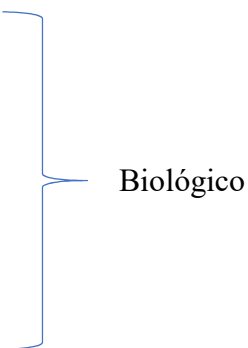
El primer punto al que es fundamental hacer referencia es al ámbito de la persona, ya que el fin mismo de la profesión enfermera es la propia persona que recibe los cuidados. Por tanto, es necesario comprender esta figura para poder continuar con este trabajo.

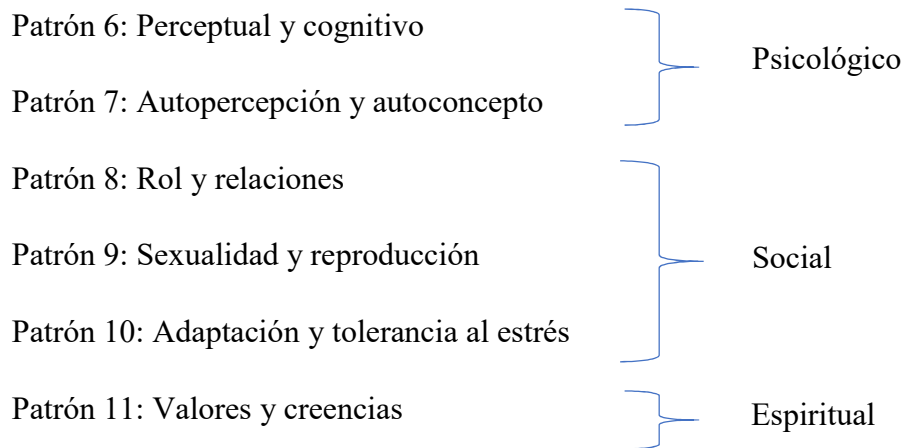
A través de las grandes teóricas de la enfermería conocemos que la persona tiene unas necesidades. En la obra “Principios Básicos del Cuidado de Enfermería” de Virginia Henderson, se identifican 14 necesidades básicas, las cuales afirma, son comunes a todas las personas y constituyen los elementos esenciales del ser humano para asegurar su bienestar. Estas necesidades son las siguientes⁶:

1. Respirar normalmente
 2. Comer y beber de forma adecuada
 3. Eliminar los desechos corporales
 4. Moverse y mantener una postura adecuada
 5. Dormir y descansar
 6. Elegir la ropa adecuada
 7. Mantener la temperatura corporal
- 
- Fisiológico

8. Mantener la higiene corporal
 9. Evitar los peligros del entorno
 10. Comunicarse con los otros
 11. Vivir según creencias
 12. Trabajar para sentirse realizado
 13. Participar en diversas formas de entretenimiento
 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad
- 
- Seguridad
- Social
- Pertenencia
- Autorrealización

Además, aparece la figura de Marjory Gordon, la cual estableció los patrones funcionales. Estos son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo⁷. Son los siguientes:

- Patrón 1: Percepción y manejo de salud
 - Patrón 2: Nutricional y metabólico
 - Patrón 3: Eliminación
 - Patrón 4: Actividad y ejercicio
 - Patrón 5: Sueño y descanso
- 
- Biológico



Como vemos, ente ambas enfermeras hay un elemento común. En los dos casos se hace referencia a la persona como un ser con varias necesidades/patrones que se corresponden con las dimensiones que posee. Es decir, se tiene en cuenta el concepto de holismo, comentado en la introducción del presente trabajo.

Pero, ¿qué es la *necesidad*? Para Donabedian, corresponde a una desviación de la salud, una deficiencia o ausencia de salud que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación⁸. Es decir, que la entendemos como algo “negativo” que hay que tratar.

Si lo pensamos y observamos de nuevo las necesidades que planteó Henderson y los patrones de Gordon, veremos que son las necesidades o patrones asociados a la parte psicológica y espiritual los más complicados de detectar y, por tanto, de abordar ya que no se pueden identificar al no ser visibles.

Por tanto, es imprescindible tener claro lo que es una necesidad espiritual. Según la Conferencia de Consenso sobre Espiritualidad celebrada en Pasadena en 2009, "La espiritualidad es el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado"⁹. Y Jomain, define estas necesidades como: "Necesidades de las personas, creyentes o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje al final de la vida"¹⁰. Es decir, que se habla de

una experiencia interior y profunda del ser humano, la cual le lleva a la búsqueda, a crecer y orientar su vida, a madurar anhelando la felicidad o la realización personal.

Esta dimensión espiritual de la que hablamos se puede dividir en tres aspectos principales¹¹:

- El sentido de la vida: se refiere a las grandes preguntas y respuestas sobre el sentido de la existencia, la felicidad, el sufrimiento y las decisiones importantes que se toman en la vida.

- los valores: aquellos que motivan a actuar, que nos indican lo que está bien de lo que está mal y que nos llevan a optar por una decisión, conducta, opción u otra. Son los valores los pilares sobre los cuales vivimos, los que valoramos verdaderamente y de los cuales tratamos de hacernos virtuosos con la práctica habitual en nuestra vida.

- Las creencias: todo el ser humano las tiene y está convencido de ellas. Pueden ser de muchos tipos, pero principalmente están aquellas que abren a la persona a la trascendencia divina, y las que tienen una orientación existencialista y humana. Aunque son diferentes, pueden darse en la misma persona, aunque siempre tendrá una un peso mayor. Las creencias tienen su proceso de maduración y elaboración y son fundamentales a la hora de ayudar a las personas en procesos de aceptación y vivencia de enfermedad.

Después de esto, es importante no confundir y saber distinguir entre espiritualidad y religiosidad. La religión es un conjunto de creencias y concepciones sobre lo trascendente, junto a prácticas y ritos compartidos con una comunidad. Si bien no todas las personas tienen una religión, todas tienen, de alguna manera, inquietudes espirituales y éstas aumentan en situaciones especiales como la enfermedad.¹²

Ahora bien, como comentan varios autores, estos cuidados a los que se debe aspirar, basados en la humanización, no están siendo de interés para el personal socio-sanitario. Por lo que existe un vacío asistencial, o bien, es realizado de manera intuitiva confundiendo espiritualidad con religión y proselitismo.¹³ Con lo cual es necesario investigar esta área de salud integral para favorecer unos cuidados de calidad con la finalidad clara de “aliviar el sufrimiento humano mediante su ser, saber y saber hacer”¹².

Tras dichas aclaraciones, queda por distinguir las diferentes necesidades espirituales del hombre, aunque éste no es un número determinado o cerrado, ya que se han ido incluyendo algunas por diversos autores. El GES (Grupo de Espiritualidad SECPAL) de

la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) en el año 2008 realizó el siguiente listado con contribuciones diversas^{14,15,16}:

- Ser reconocido como persona.
- Releer su vida.
- Encontrar sentido a la existencia y el devenir: búsqueda de sentido.
- Liberarse de la culpabilidad.
- Reconciliación.
- Establecer su vida más allá de sí mismo.
- Continuidad.
- Auténtica esperanza, no ilusiones falsas.
- Expresar sentimientos y vivencias religiosos.
- Amar y ser amado

Otros autores han ido añadiendo más necesidades a las anteriores, algunas de ellas son las siguientes¹⁷:

- Necesidad de soledad, silencio, de privacidad.
- Necesidad de arraigo y anclaje.
- Necesidad de cumplir con sus deberes.
- Necesidad de gratitud.
- Necesidad de estar con la familia, amigos y/o personas significativas.
- Necesidad de proyectar su vida más allá del final de la vida.
- Necesidades estéticas.
- Necesidad de libertad, de liberarse.
- Necesidad de mantener la integridad física y espiritual.
- Necesidad de estar en paz con Dios, con la naturaleza y con su conciencia.
- Necesidad de prácticas religiosas, de orar, de hablar con su orientador espiritual, revisar sus creencias y respeto hacia ellas.
- Necesidad de la verdad

La humanización del cuidado

Los cuidados humanizados han existido siempre, desde que el hombre es hombre. Como ya hemos comentado en el presente trabajo se ha ido produciendo cierta decadencia en este modelo de cuidado, dando lugar a un cuidado despersonalizado, biologicista y, por tanto, deshumanizado. La razón de que esto ocurra así es multifactorial: el entramado social, las estrategias de gerencia de las instituciones, la atención centrada en la tecnología más que en la persona, el aumento de la carga de trabajo, las condiciones laborales percibidas de los profesionales, la formación centrada en el desarrollo de habilidades técnicas...¹⁸

Para que un cuidado sea humanizado es importante que este modelo esté presente en cada una de las áreas de actuación de la enfermería, es decir, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación.

Al observar el área asistencial, vemos la complejidad de mantener unos valores humanitarios en el cuidado en las instituciones sanitarias, donde parecen invisibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas. Por ello la enfermería debe mantener las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en cada etapa de su vida.¹⁹

Como vemos, son en muchas ocasiones las instituciones las que limitan o condicionan la forma de cuidar del personal de enfermería. Por ello, es importante la lucha personal de cada profesional por conseguir el modelo de cuidado basado en la excelencia práctica. Además, es fundamental una formación que promocioe este modelo de cuidado humanizado.

Es importante que la persona cuidadora posea algunas características determinadas como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, calidez humana y compromiso ético²⁰. Furegato señala que "los pacientes requieren a la enfermera siempre presente para atender su llamado, escuchar su angustia"²¹. Son estas cosas las que diferencian notablemente el dar una atención de enfermería y el cuidado humanizado.

Las características de las que hablábamos en el párrafo anterior no están del todo desarrolladas por muchos de los profesionales de enfermería, por lo que es fundamental que las enfermeras dedicadas a la formación sean modelos para sus estudiantes. Han de

ser líderes en el cuidado humano, tanto para usuarios como para estudiantes. Esto es peligroso, porque estamos hablando de estudiantes que quizás no tengan desarrollados sus propios valores profesionales basados en una humanización del cuidado. Si esto es así, pueden existir confusiones por parte del alumno, que interpreta como positivas, actuaciones que, en realidad, se basan en modelos biologicistas, despersonalizados o simplemente deshumanizados. Por ello, es importante el empoderamiento por parte de las enfermeras sobre el futuro de la profesión. Todas las enfermeras y enfermeros son responsables en cierta parte del futuro profesional de la enfermería. Por ende, es tan importante la formación personal de cada estudiante, que depende en gran parte de la universidad a la que pertenece, como la formación recibida en las prácticas tuteladas por parte de enfermeras y enfermeros en el plano asistencial durante el proceso de aprendizaje.

Según Manuel Quero y Sonia Delgado los cuidados de enfermería deben de estar influidos directamente por una serie de valores alcanzando un paradigma más holístico que biomédico²²:

- Respeto, dignidad, compromiso, comprensión, aceptación, paciencia, cercanía, sensibilidad, escucha activa, asertividad y comunicación, de la que hablaremos a fondo más adelante.

Por tanto, humanizar los cuidados enfermeros implica una ética del cuidar, que dirija la relación de ayuda, que personalice los cuidados, que sitúe al paciente como centro del sistema llenándolo de contenido como persona. Es decir, que sea considerado, por su dignidad humana, como tal, y no como una enfermedad, un número o una cama. Unos cuidados que tengan en cuenta los ámbitos biológico, psicológico y social, así como el entorno, unos cuidados, al fin integrales y holísticos.

Ética del cuidado

El fin de este trabajo es el abordaje del sufrimiento. Para obtener unos resultados óptimos es fundamental, como en muchos campos profesionales, una buena ética, en este caso centrada en el “arte de cuidar”.

En este arte de cuidar, como dice María Eugenia Molina, es relevante desarrollar la sensibilidad frente al dolor del otro, al sufrimiento, a las necesidades físicas y espirituales

para generar en el cuidador la compasión activa que lleve a la solidaridad y al compromiso, que consiste en hacer algo para paliar, calmar o remediar la situación²³.

Vemos aquí la necesidad de poseer algo, un elemento fundamental que es importante conocer y desarrollar para actuar de la manera más óptima posible. Hablamos de esta ética del cuidado.

Como comenta Mayeroff²⁴: “El profesional de enfermería es la persona responsable del cuidado del ser humano en la promoción y conservación de la salud y en la recuperación de su equilibrio físico, social, mental y espiritual”. Y, por otro lado, la Ética como estudio de las costumbres humanas, se sustenta en el respeto de los valores fundamentales del hombre en relación con su contexto y está ligada al estudio de la Moral, la cual está conformada por un sistema de creencias y valores, que incluyen los deberes del hombre.

Es decir, que, uniendo ambos conceptos, podemos definir la Ética del cuidado como el respeto de los valores del hombre en todo proceso de promoción y conservación de la salud buscando un equilibrio físico, social, mental y espiritual y buscando siempre la excelencia y la justicia.

La Ética basada en los principios hace referencia a la siguiente pregunta: “¿Cuál es el pensamiento correcto y la actuación correcta desde el punto de vista ético en esta situación?” En esta pregunta es en la que se han centrado a lo largo de los años las enfermeras y otros profesionales de salud en el abordaje de un cuidado ético.

Como dice Davis, los principios básicos de la ética son los siguientes, que se corresponden con los establecidos en el Informe Belmont²⁵:

-El respeto por las personas y a su Dignidad- hace referencia a que cada persona sea tratada como un ser único y como un ser igual a todos los demás individuos. También exige que se tengan en cuenta los objetivos y valores del paciente a la hora de tomar decisiones en los cuidados o tratamientos.

-No maleficencia- este principio consta de tres partes: No debemos causar daño, debemos prevenir el daño y debemos erradicar el daño. Con un previo análisis de la situación, esclareciendo cuál es el daño.

-Beneficencia- El deber de no hacer daño (no maleficencia) tiene prioridad sobre el de proporcionar beneficios (beneficencia) cuando existe una situación en la que ambos principios entran en conflicto. La beneficencia exige la provisión de beneficios y un

equilibrio entre éstos y los daños de una situación determinada. Se considera que los beneficios tienen un valor que promueve la salud o el bienestar.

-Justicia- principio ético básico para la sociedad y para la prestación de cuidados de enfermería y de salud. La justicia distributiva es una justicia que tiene que ver con la distribución de los costos y beneficios. En el caso de la enfermería, tiene que ver con la asignación de los recursos en cuidados de salud.

Además, Anne J. Davis añade que existen dos principios muy importantes que se añaden a los anteriores: fidelidad o lealtad y veracidad.

La fidelidad hace referencia a poder mantener las promesas realizadas. Forma parte de la confianza en la relación enfermera-paciente. La fidelidad es el fundamento de la confidencialidad. La veracidad declara que como norma general es mejor decir la verdad que mentir a otra persona.

Como hemos visto anteriormente, las personas tienen diversas necesidades ante las que hay que actuar. Por ello, en cada situación lo haremos de una manera distinta, siempre teniendo en cuenta a la persona como ser individual. Es importante saber cómo obrar según la circunstancia y, en especial, ante el sufrimiento ajeno. Por tanto, es muy importante disponer de una buena ética en el cuidado y una buena comunicación, dos aspectos en los cuales la base principal reside en el conocimiento de la persona.

El sujeto del cuidado, individuos y familias, constituyen el centro del cuidado y, por ello, este es individualizado, respeta la autonomía, la unicidad de los seres humanos con sus componentes biopsicosociales, tiene en cuenta la igualdad de derechos y la vulnerabilidad actual y potencial (en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, del dolor y del sufrimiento).

El sufrimiento

Cuando las necesidades espirituales de las personas no están cubiertas, puede aparecer el sufrimiento y este se puede manifestar de muchas maneras, dependiendo de la persona y las circunstancias que la acompañan.

Desde el punto de vista de la enfermería, estamos en continuo contacto con personas que sufren. No sólo en unidades de cuidados paliativos, oncológicos o intensivos, sino que existe en cualquier unidad, ya que depende de muchos factores y no sólo de la enfermedad

física. De hecho, la enfermedad puede desembocar en dolor, pero no tiene por qué generar sufrimiento en la vida de las personas. Por ello es tan importante conocer este fenómeno que acontece al hombre, a todo hombre, para así, siendo conocido, otorgar unos cuidados globales de calidad y ser enfermeros, volviendo a nuestra esencia.²⁶

Conviene dejar claros en este momento una serie de conceptos para comprender este tema que estamos abordando. Como ya ha sido dicho anteriormente, el sufrimiento se encuentra presente en toda la vida humana, desde que nacemos hasta que morimos, somos seres vulnerables. Existen distintos tipos de sufrimiento. Se puede distinguir dependiendo del lugar o ámbito donde aparezca, según su procedencia y según sus efectos.

Según el lugar de aparición existen los siguientes²⁷:

Primero, distinguimos el sufrimiento físico, que podemos considerar como una experiencia negativa ante el dolor. Según la definición de la IASP (International Association for the Study of Pain) se trata de: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”²⁸. Vemos, por tanto, cómo hace referencia al plano físico de la persona. El sufrimiento físico aparece debido a algún dolor del organismo localizado en una zona concreta o a un defecto físico que podemos apreciar en ese individuo.

El segundo ámbito es el psíquico, que se puede acompañar de alguna manifestación física o no. Existe mayor complicación a la hora de detectarlo, en comparación con el sufrimiento de tipo físico, por lo que la eficiencia en su diagnóstico se ve afectada negativamente. Como consecuencia el sufrimiento es mayor aquí que en el físico.

Por último, se incluye el sufrimiento espiritual, en el que la persona se ve afectada por él, pero no es posible incluirlo en un contexto de una dolencia física ni tampoco considerarse un diagnóstico de una patología mental, porque sobrepasa esta. Podríamos considerarla como una “angustia existencial” que puede terminar en una desesperación total.

Con lo cual, de los tres ámbitos anteriores, es el sufrimiento espiritual el más intenso, ya que a partir del sufrimiento físico y psíquico puede aparecer un sufrimiento espiritual que sea más intenso que la propia enfermedad.

Según la procedencia del sufrimiento²⁹:

La sociedad, que también puede ser el agente causal del sufrimiento, la naturaleza, con la forma de catástrofe natural; uno mismo, ejerciendo su libertad puede generar sufrimiento

a otro individuo y también a sí mismo; “el destino” /” Dios”, porque cuando la persona no descubre la razón por la que está sufriendo, o el porqué de este, recurre a lo que se encuentra en un plano distinto a él y lo sobrepasa.

Según sus efectos: Podríamos diferenciar o separar el sufrimiento que destruye al individuo (Una pérdida completa del sentido de la existencia) o, por el contrario, fortalecerlo y salvarlo de alguna forma u otra (moldear su persona en un proceso de superación espiritual que acerque al hombre a la salvación). Por tanto, el sufrimiento marca a la persona de una forma determinada.

Vemos que es importante el abordaje, pues, del sufrimiento por parte de Enfermería. De hecho, aparece reflejado como un diagnóstico con el fin de abordarlo mediante intervenciones. Hablamos entonces de la NANDA, donde se contempla este problema con el nombre o etiqueta diagnóstica de "*Sufrimiento espiritual*" (00066), que se define como "Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior"³⁰. Observando las causas que propone la taxonomía NANDA en el apartado de “relacionado con”, vemos esa multicausalidad que ya hemos mencionado según la procedencia del sufrimiento: Acontecimiento vital inesperado, dolor, enfermedad, envejecimiento, exposición a la muerte, recibir malas noticias, soledad, transiciones vitales...

Aun así, el sufrimiento de cada uno está condicionado por su historia, sus experiencias vitales, sus creencias y sus valores.

Para que el sufrimiento espiritual aparezca, se requiere de memoria e imaginación. Memoria, porque gracias a ella recordamos experiencias dolorosas que podrían volver a ocurrir y, a su vez, fomentadas por nuestra fantasía, maximizando y empeorando sus efectos negativos. En consecuencia, el hombre manifiesta tristeza³¹.

El primer efecto o producto de la tristeza es el agobio del ánimo y la desgana. Si nuestra voluntad está enferma por la tristeza, nuestras energías se ven influidas de forma negativa para la actividad. Refiriéndonos a la actividad tanto física como a la intelectual cognoscitiva. De esta forma, el sufrimiento espiritual influye en el resto de las esferas del hombre.³¹

Si esta tristeza alcanza altos grados, se transforma en desesperación. Esto significa y supone la falta de toda confianza para el futuro, carencia de toda esperanza. En contraposición a esto, el hombre cuenta con la capacidad de fortaleza, de esperanza y perseverancia. Por lo tanto, con estas virtudes como herramientas, el hombre puede convivir con él, aprendiendo de él, creciendo con él. Si el individuo es mucho más que una parte de su ser, en este caso el sufrimiento, significa que su ser es mayor y es capaz de alcanzar el Bien, aunque esté experimentando un mal. El mal aparece y acontece porque el hombre es, porque existe, no al contrario. Con lo cual, el hombre es más que el mal. De ahí su capacidad de anteponerse al mismo. Tiene más Bien que Mal, por lo que aún puede perfeccionarse, aunque una parte se lo impida.³¹

Es por esto último por lo que la clave de todo es dar sentido. Si una persona busca un objetivo, pero no tiene sentido, no lo proyecta. Dar sentido a la vida tiene sentido, por lo que es posible. ¿Cómo? Integrando toda la vida en la persona, incluso las contrariedades y la muerte³². Es decir, buscando proyectos y caminos más que buscar la meta. Viktor Frankl añade en su famoso libro: “Al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas -la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino”³³.

Una virtud destacable que supone un requisito para dar sentido a ese sufrimiento es la paciencia. Esta, ayuda al ser vulnerable a afrontar el sufrimiento con esperanza, dándole un sentido, pues aún mantiene su personalidad libre, porque no se deja arrastrar por el mal que le aflige la tristeza. Por lo tanto, vemos que con la paciencia podemos en esperanza dar sentido al sufrimiento. En esperanza, porque la esperanza es otra de las virtudes que motivan nuestra paciencia, dándole sentido a nuestra vida. Es una actitud anímica por la cual el hombre confía en un determinado proyecto futuro que requiere de una continua espera según sus expectativas.³⁴

En todo proceso de ayuda, el primer paso es encontrar el problema, hacer un diagnóstico. Hemos visto lo que dice la taxonomía NANDA sobre el sufrimiento espiritual. Para diferenciarlo de un diagnóstico basado en un modelo biomédico, José Carlos Bermejo, define muy bien lo que significa un diagnóstico espiritual: “es el proceso por el que el ayudante llega a comprender al ayudado, su universo y el significado que conlleva para él la interacción con este universo en términos de valores, de sentido, de trascendencia, de relación con sus creencias...”³⁵

Una vez conocido el diagnóstico o el problema que hay que tratar, es importante conocer las actitudes de la persona ante dicho problema, ya que según su comportamiento ante éste podremos actuar o intervenir de unas maneras u otras.

Son muchos los autores que han escrito acerca de las actitudes que surgen en las personas que sufren. A continuación, aparecen los más relevantes a mi parecer, que comparten elementos y detalles comunes.

En primer lugar, Kübler Ross describe las cinco fases del sufrimiento en relación con la enfermedad³⁶:

-Negación: Aquí sucede la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad.

-Ira: Es la reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud.

-Pacto o negociación: Es una forma de afrontar la culpa que se entabla, de forma imaginaria o real, con aquellos hacia los que previamente dirigió la ira (puede ser: personal sanitario, familiares, amistades, Dios, uno mismo...).

-Depresión: Se trata del sentimiento de profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad.

-Aceptación: reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y de las limitaciones que conlleva, sin buscar culpables ni adoptar posición de derrota, sino asumiendo una actitud responsable de lucha y supervivencia.

Enrique Martínez Lozano, en su capítulo “La persona ante el sufrimiento” incluye seis actitudes constructivas a la hora de afrontar el dolor y otras seis que se podrían calificar como destructivas. Las incluyo a modo de tabla comparativa a continuación³⁷:

CONSTRUCTIVAS	DESTRUCTIVAS
Acogerse a sí mismo	Rechazo de sí y autoculpabilización
Aceptar lo que nos hace sufrir sin reducirnos	Negación del problema y hundimiento
Diálogo con la persona interior	Lejanía de sí
Desdramatizar	Tendencia a la dramatización
Traducir el malestar en dolor	Huida y funcionamiento imaginario
Desidentificarse por medio de la observación	Autoafirmación del yo

Tabla 1: Actitudes ante el dolor

Fuente: Basada en “Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento en Cuidados Paliativos”

Según este autor todas las actitudes constructivas pueden resumirse en dos, que habría que vivir simultáneamente: la no-evitación y la no-identificación, lo cual sugiere que nos acercamos al dolor desde un talante que nace de la sabiduría y se caracteriza por la comprensión. Es esta la que nos ayuda a no-evitarlo y no-identificarnos con él.

La no-evitación permite una aceptación en profundidad de lo que ocurre y sin aceptación no cabe la reconciliación y aparecería la resistencia y con ella la persistencia del sufrimiento.

La no-identificación aparece a la par de esa no-evitación. Cuando aparece la identificación quedamos reducidos de forma brusca y nos hace creer que somos lo que nos está ocurriendo, por lo que la persona queda limitada y no es capaz de ver la realidad desde la perspectiva correcta. Por tanto, la identificación con el dolor nos anula y quedamos confundidos sobre nuestra propia identidad.

Por último, Susana Miró en su tesis doctoral sobre el sentido del sufrimiento, escribe las siguientes fases o actitudes ante una situación de sufrimiento²⁹:

1.- Causación: Se trata del nivel más bajo. En este supuesto la persona se convierte en el sujeto agente capaz de provocar daño a otro.

2.- Negación: el hombre se cree autosuficiente ante lo que le sucede y niega el sufrimiento en sí. Esto produce el anonadamiento y un vacío existencial profundo que lo único que crea es un sufrimiento aun mayor y desgarrador que la persona niega hasta alcanzar un grado de humildad que le permita reconocer su propio sufrimiento, necesidad y vulnerabilidad ante los demás

3.- Huida: el hombre intenta distraerse de lo que está sucediendo, prefiere no mirar, escapar de su situación. Se refugia en otras acciones positivas o negativas, que lo único que hacen es esconder y tratar de tapar ese sufrimiento. La consecuencia es que la persona acaba siendo víctima de su propia huida, llegando a verse indefensos, ignorantes, desvalidos y necesitados.

4.- Rendición: ante la evidencia del sufrimiento se abandona al mismo hasta tal punto que todo su ser queda sumido en ese dolor y se deja aplastar por él; es incapaz de pensar en algo diferente del sufrimiento que le embarga. Las personas con esta actitud, por el mero hecho de estar sufriendo pueden llegar a cambiar su carácter y volverse personas manipuladoras. Convierten toda su existencia en el propio sufrimiento reduciéndose a él permitiendo así que sea el sufrimiento el que tome las riendas de su vida, provocándoles un dolor intenso, profundo y desbordante que contagia también a los que se acercan.

5.- Resistencia: el hombre es capaz de soportar el sufrimiento con una actitud de resignación plena, identificable con un heroísmo estoico. Se vuelven personas frías, autosuficientes y distantes que se alejan de la propia realidad que están viviendo. Se resignan sin remedio al sufrimiento que les ha tocado soportar, viviéndolo con actitud de resignación y aguante.

6.- Dominio: la persona es capaz de sobreponerse ante el dolor, y consigue hacerlo porque encuentra un sentido al sufrimiento. Con lo cual, son capaces de auto trascenderse, de evolucionar interiormente y seguir hacia adelante.

7.- Transformación: ese sufrimiento que experimenta el hombre no es definitivo y es capaz de vencer el mal con el bien. Pueden alcanzar el bien, aunque esté percibiendo un

mal, es decir, que son capaces de ver el sufrimiento como un vehículo hacia un bien mayor.

Una vez revisados estos puntos sobre el sufrimiento es necesario plantear cómo ayudar desde un punto de vista enfermero a la persona que sufre. Para ello, recurrimos de nuevo a las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

Tras tener claro como diagnóstico enfermero *“Sufrimiento espiritual”*, el NOC que se relaciona directamente es *“Salud espiritual”*, que posee como definición:” Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo”³⁸. Dentro de este NOC aparecen sugeridas unas escalas de valoración del propio NOC, que no incluyo porque dependen de cada persona y de la situación y causa del sufrimiento espiritual que posee. Lo que nos interesa son los NIC ahora³⁹. Encontramos dos importantes: “Apoyo espiritual” (“Ayudar al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural”) y “Facilitar el crecimiento espiritual” (“Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida”).

Las actividades más destacadas para el diagnóstico al que aludimos son:

-Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática: Aquí ya vemos la importancia de la comunicación en el alivio del sufrimiento, la clave de este trabajo. De la comunicación hablaremos un poco más adelante.

-Tratar al individuo con dignidad y respeto: Esto es importante por la ética del cuidar, ya comentada.

-Estar abierto a las expresiones de preocupación, de soledad e impotencia del individuo: De nuevo, la comunicación.

-Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas

-Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales.

Estos dos puntos últimos buscan en la relación terapéutica elementos que refuercen los puntos positivos que están presentes en el ámbito de la persona ayudada, puntos de apoyo en los que liberar parte de esa carga que supone el sufrimiento en las personas.

Podemos concluir en que para tratar el sufrimiento ajeno es esencial la comunicación. Es importante la formación en este campo para poder ser terapéuticos a través del lenguaje verbal y no verbal. Ese punto será el clave en este trabajo, la comunicación.

Pero antes, es también importante para el personal sanitario reconocer el temperamento de las personas, ya que las distintas formas de ser de los individuos podrían llevarlos a actuar o reaccionar ante el sufrimiento en función de un cierto patrón de comportamiento.

El temperamento de la persona

Eysenck y Grossarth-Maticek, describen seis patrones de conducta de las personas según la personalidad. En su modelo, muestran que estos patrones están implicados en la aparición de ciertas enfermedades como el cáncer. Utilizaremos sólo la descripción pues de los distintos modelos de personalidad que exponen. Estos no son puros, es decir, que siempre hay variaciones, ya que la personalidad es mucho más compleja e imposible de reducir en un simple modelo psicológico⁴⁰:

- Tipo 1 o tipo C: Tiende a reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión depresión y evitación de las reacciones emocionales por la pérdida o ausencia de un objeto (persona o situación) ante el que muestra una excesiva dependencia emocional. Predomina la hipoestimulación. No expresan las emociones, especialmente las hostiles.

- Tipo 2 o tipo A: Asociado al patrón de conducta tipo A, reacciona mediante la ira y la irritación crónicas al no conseguir distanciarse afectivamente de un objeto al que considera como la causa de su infelicidad e infortunio personales. Predomina la hiperestimulación, son hiperactivos, competitivos, agresivos, ambiciosos, impacientes y dominantes. Se entregan al trabajo de forma adictiva y normalmente emprenden varias tareas a la vez.

- El tipo 3 o histérico: Presentan una ambivalencia emocional basada en una transitoriedad y alternancia de los sentimientos de desesperanza/indefensión y de ira/agresividad a modo de combinación de las dos formas generales de reacción descritas para los tipos 1 y 2, respectivamente.

- Tipo 4 o tipo B: Autonomía o independencia emocional, que le permite aceptar con realismo la conducta de aproximación y de evitación con respecto a un determinado

objeto. Son relajados, confiados y tranquilos. Están atentos a la satisfacción personal y tienden a expresar abiertamente sus emociones, incluidas las hostiles, de forma que puedan ser escuchados.

- Tipo 5, vinculado al tipo C: Tendencia a reprimir la expresión de emociones y sentimientos negativos (depresión, ansiedad e ira) mediante la emisión de reacciones de extrema racionalidad.

- Tipo 6 o personalidad antisocial: Denota una tendencia al consumo de drogas y a reaccionar mediante conductas psicopáticas y delictivas. Además, aparece la manifestación de una ambivalencia emocional similar al tipo 3.

La Comunicación

Tras tener claros los puntos anteriores y determinar que la comunicación es la herramienta clave del manejo del sufrimiento por parte, en este caso, del personal de enfermería, vamos a ver los aspectos fundamentales para lograr una buena comunicación. Es decir, que en este punto se verá reflejado el medio por el que, desde la enfermería, se puede ayudar a la gente que padece un sufrimiento.

Desde que el hombre es hombre se ha comunicado, ya que es un ser social por naturaleza, como decía Aristóteles. Necesitamos comunicarnos y relacionarnos con el resto y con el entorno que nos rodea, estamos en continua relación. Al ser seres sociales necesitamos la transmisión entre nosotros de información, de sensaciones, de pensamientos, de emociones... Por ello la importancia de la comunicación.

En la comunicación intervienen varios aspectos. Por un lado, están las palabras o lo que se dice, es decir, la comunicación verbal y dentro de esta hay una serie de elementos que influyen y enriquecen la comunicación, como son la entonación, la rapidez, el tono, etc; y por otro lado encontramos los gestos, las expresiones, la mirada, el silencio, etc., es decir, la comunicación no verbal. Además, para que exista una buena comunicación hay unos aspectos que influyen positivamente, como son la observación, la escucha activa, la empatía...

La coherencia en la comunicación es fundamental a la hora de crear un ambiente de confianza y credibilidad. Es decir, que la comunicación verbal y no verbal se encuentren

en sintonía y armonía, expresando y manifestando el mismo mensaje. Una conclusión de un estudio sobre la relación entre elementos verbales (palabras que decimos), vocales (entonación, proyección y resonancia de la voz) y visuales (lo que el oyente observa en la cara y cuerpo de quien envía el mensaje) determinó que el grado de inconsistencia entre estos tres elementos es el factor decisivo para la credibilidad. Los resultados determinaron que un 7% lo constituye el elemento verbal; 38% el vocal y 55% el visual. La emoción y el entusiasmo de la voz trabajan junto con la energía y el movimiento de la cara y el cuerpo, para reflejar la confianza y la convicción de lo que se dice. Si se está nervioso, torpe o bajo presión, se tiene la tendencia a bloquear la mente y lo que se transmite es un mensaje inconsistente⁴¹. Por esto, es importante la formación. A parte de la experiencia, que tiene un peso muy importante en la praxis enfermera, es necesaria una formación más teórica sobre estos aspectos que estamos comentando. Más adelante ahondaré en esta reflexión.

Contextualicemos la comunicación enfermera. Veamos de dónde proviene esta forma de terapia que observamos hoy en día. Lydia Landete propone un resumen muy completo y esquemático sobre esto

F. Nightingale, desde el comienzo de la enfermería, planteaba ya la importancia y la necesidad de la comunicación en la relación con el paciente. Más tarde, pensadoras como H. Peplau⁴² entendían la comunicación como la base del modelo enfermero, describiendo en el rol de enfermería la capacidad de conocer y comprender la conducta y los sentimientos de los demás a partir del conocimiento de la propia conducta, para poder establecer así la relación de ayuda. Otras teorías relevantes, como la Teoría General de la Enfermería de D. Orem o la Teoría de las Necesidades de V. Henderson, se relacionan de algún modo u otro con la parte psicosocial del ser y proponen la consolidación de una relación (de ayuda, suplencia, apoyo, etc) entre paciente y enfermera⁴³. Esto último implica la influencia comunicativa, las relaciones interpersonales y los valores morales y éticos del ser humano (punto que ya hemos visto). Con la aparición de la bioética y de las necesidades del conocimiento ético y moral en la labor asistencial, cobra verdadero sentido toda relación interpersonal, poniendo de manifiesto el valor único de cada uno – la dignidad–⁴⁴, y otros como son la justicia, la intimidad, la verdad, o el afecto.

Con Rander y Weiss aparece el concepto “relación terapéutica”, con la influencia de las corrientes psiquiátricas emergentes en Estados Unidos. Se definió “relación” como los medios para conseguir un efecto, y “terapéutica” como el efecto que se pretende

conseguir⁴⁵. Su desarrollo posterior ha ido modificándose al mismo tiempo que lo ha hecho el concepto de salud y el de la disciplina enfermera, centrándose en la actualidad en el individuo como ser biopsicosocial.

Como sabemos, los elementos básicos que intervienen y forman parte de toda comunicación son: emisor, receptor, mensaje, canal y trasmisor o medio. Pero en la comunicación terapéutica esto no queda ahí. Se necesitan otros elementos que conformen esa relación comunicativa tan beneficiosa para el ayudado.

Un elemento imprescindible del que ya hemos hablado en alguna ocasión, es la empatía. El profesional de Enfermería debe adoptar una actitud empática comprendiendo y transmitiendo esa empatía y comprensión, pasando por cada una de las fases descritas en el proceso de empatizar según Bermejo⁴⁶:

1. Fase de identificación: en la que nos identificamos con la otra persona y con su situación.
2. Fase de incorporación y repercusión: incorporación de los elementos de la experiencia del paciente que son semejantes a los propios.
3. Fase de separación: apartarse de la implicación sentimental, manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa. Sin esta fase, existe una alta probabilidad de sufrir el síndrome del “burn- out”

La empatía consiste en introducirse en la piel del otro, comprender lo que siente el paciente con lo observado exteriormente. Es posicionarse, desde una distancia, en el lugar del ayudado, comprendiendo sus posibles emociones, pensamientos, sensaciones...

Una vez se ha establecido una relación terapéutica con el ayudado y gracias a la empatía y la observación de la otra persona conseguimos ese ambiente de confianza favorecedor del que ya hemos hablado, existen diferentes tipos de relaciones de ayuda, descritas por Rico Beltrán⁴⁷:

-Autoritario: Centrado en el problema del paciente y en intentar resolverlo, no se hace uso de los recursos del paciente sino los de uno mismo.

-Democrático o cooperativo: Centramos el problema en el paciente y adoptamos una actitud facilitadora, e implicamos al paciente en la resolución del mismo.

-Paternalista: Centramos el problema en la persona, en cómo lo vive, con una actitud directiva y tomamos la responsabilidad de la situación y sobreprotegemos al paciente.

-Empático: Se dirige a la persona, se adopta una actitud facilitadora y se ayuda al otro, insistiendo en qué cree que debe hacer en relación a lo que puede realizar. Este es el ideal, el estilo que debemos buscar a la hora de realizar nuestras intervenciones enfermeras.

Otro elemento a tener en cuenta a la hora de comunicar de forma adecuada es la asertividad. Esta es una estrategia de comunicación que nos permite defender nuestros derechos y expresar nuestra opinión, gustos e intereses, de una manera libre y clara, sin agredir a otros y sin permitir que nos agredan. Una conducta asertiva nos permite hablar de nosotros mismos, aceptar cumplidos, pedir ayuda, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones y aprender a decir “no”. la conducta asertiva se puede entrenar y de esta manera aumentar el número de situaciones en las que vamos a tener una respuesta asertiva y disminuir al máximo las respuestas que nos provoquen decaimiento u hostilidad.⁴⁸

Existen tres estilos básicos en la conducta interpersonal⁴⁸:

- Estilo pasivo: Se corresponde a personas que no defienden sus intereses, no expresan sus sentimientos verdaderos, creen que los demás tienen más derechos que ellos mismos y por ello, no expresan desacuerdos.

- Estilo agresivo: No tienen en cuenta los sentimientos de los demás. Acusan, pelean, amenazan, agreden, insultan.

- Estilo asertivo: Consiguen sus objetivos sin dañar a los demás. Se respetan a ellos mismos, pero también a los que les rodean. Actúan y dicen lo que piensan, en el momento y lugar adecuados, con franqueza y sinceridad. Tienen autenticidad en los actos que realizan, están seguros de sus creencias y tienen la capacidad de decidir.

Vemos la diferencia entonces entre el estilo asertivo y el resto de estilos. La ventaja de obtener este tipo de estilo interpersonal es muy grande, pero requiere entrenamiento y conocimientos teóricos por parte de la persona ayudante.

Por otro lado, tenemos la escucha activa. Ortiz comenta lo siguiente al respecto: *“La escucha activa es aquella que representa un esfuerzo físico y mental para obtener con atención la totalidad del mensaje interpretando el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal, el tono de la voz y el lenguaje corporal, indicándole a*

*quien nos habla, mediante retroalimentación, lo que creemos que hemos comprendido. Significa escuchar con atención y concentración, centrar toda nuestra energía en las palabras e ideas del comunicado, entender el mensaje y demostrarle a nuestro interlocutor que se siente bien interpretado”*⁴⁹. Para lograr esto anterior, es necesario crear un ambiente propicio, agradable, el cual nos permita centrar nuestra atención en el individuo que tenemos delante, pudiéndonos tomar tiempo en escuchar atentamente, preguntar y comprender y devolver un “feedback” adecuado y positivo en la relación de ayuda.

La observación es una pieza clave en la comunicación. A través de ella seremos capaces de analizar cuál es el estilo comunicativo apropiado para la persona concreta que tenemos delante, empatizar a partir de su discurso y su lenguaje no verbal, poder utilizar la asertividad en función de la ocasión y las necesidades percibidas, saber cómo debemos dirigirnos a la persona en cuestión, si es necesaria una conexión más o menos emocional, etc.

Los componentes de la comunicación son comunicación verbal y comunicación no verbal. Nos centraremos ahora en el último.

Comunicación no verbal

"Generalmente no tenemos conciencia de nuestra comunicación no verbal. Si conseguimos tener conciencia de eso que hablamos, mucho más difícil es estar conscientes, por ejemplo, de nuestra expresión facial”⁵⁰. En la frase anterior, se refleja la dificultad de lograr una adecuada comunicación no verbal. Por eso, centraremos este punto a hablar sobre el tema, mostrando lo que dicen distintos autores sobre este componente de la comunicación y las pautas que se sugieren al respecto en la bibliografía.

A través de la comunicación no verbal, transmitimos los mensajes de forma inconsciente, por medio de la expresión de la cara, del lenguaje corporal, de las características físicas, del tactésica (“Enfoca el tacto en situaciones de saludo, de adiós, entre individuos de diversos “status” social y entre los sexos contrarios”⁵¹) y de la proxemia (“Estudia el uso humano del espacio para fines de comunicación. Están involucrados aspectos de proximidad consciente o no de otra persona, de orientación, y de territorialidad”⁵²).

Otros elementos que intervienen son:

- El ritmo conversacional, incluyendo el silencio

- El movimiento del cuerpo
- La postura, la posición del cuerpo y los miembros
- La mirada.
- Los gestos

La representación de la comunicación no verbal en la vida cotidiana del ser humano es extremadamente importante, pues muchas veces los gestos, los movimientos, la mirada pueden comunicar dimensiones mucho más profundas que las expresiones utilizadas en el lenguaje verbal. Para la Enfermería es muy importante su consideración porque estamos durante todo el día contactando con las personas a las que ofrecemos nuestro cuidado.

Para finalizar este marco teórico en el que hemos visto muchas de las cosas que hasta ahora se han escrito al respecto, veamos unas pautas recomendadas por Alférez Maldonado sobre una adecuada comunicación⁵³:

- Utilizar un lenguaje apropiado a la persona que escucha. Comunicar consiste en hacerse entender.
- Dar indicaciones y/o prescripciones de manera clara y concisa.
- Dejar hablar al interlocutor, sin interrumpir salvo que se pierda el hilo de la conversación.
- Ayudar al interlocutor a que se sienta cómodo y libre en aquello que quiera expresar. Para ello es necesario crear un clima de cordialidad.
- Manifestar una actitud de respeto absoluto e incondicional hacia la persona y su intimidad.
- Demostrar interés hacia lo que se está escuchando, mediante feedback verbal y no verbal (postura, miradas...). El paciente que se siente escuchado se mostrará mucho más implicado en el tratamiento y colaborador con el personal sanitario que lo atiende.
- Escuchar siempre para comprender al otro y no estar pensando en lo que se va a decir cuando acabe de hablar. Escuchar significa prestar atención y demostrar que se hace y, en definitiva, escuchar para comprender y no para responder.
- Evitar las interferencias físicas tales como ruidos, espacios físicos inapropiados...

- Evitar también las interferencias actitudinales tales como prejuicios sociales, estereotipos...
- Ser siempre empático, entendiendo que esto no significa compartir obligatoriamente sino comprender, aunque se esté en desacuerdo.
- Evitar juicios de valor sobre el interlocutor.
- Ser conscientes de que todas las personas tenemos necesidades físicas, psicológicas y sociales, pero que tanto estas como la forma de satisfacerlas pueden ser muy distintas de una persona a otra.
- Atender no sólo al contenido del mensaje sino también a los sentimientos y necesidades de la persona.
- Estar atento a los mensajes no verbales de la persona. Es una buena fuente de información que nos ayudará a comprender mejor a la persona, sus sentimientos, necesidades, dudas y preocupaciones.
- Ser consciente de la comunicación no verbal y utilizarla como un recurso comunicativo de primer orden (sonreír o mantener una expresión facial distendida, postura corporal...). Tenemos que ser conscientes de que la manera en que se dicen las cosas es tan importante como lo que se dice explícitamente.
- Verificar si el paciente ha entendido lo que se le ha dicho.
- Manifestar, en todo momento, una elevada motivación hacia el propio trabajo. La desmotivación es fácilmente captada por quien recibe el servicio e influyendo de una forma muy negativa este hecho en una buena relación terapéutica.
- Otra habilidad que debemos considerar dentro de la relación de ayuda, es la de personalizar el diálogo con el paciente. Debemos centrarnos en el propio paciente evitando generalizaciones. Así, lograremos que el paciente no vea el problema como algo ajeno a sí mismo, que se deba a circunstancias externas o ambientales, consiguiendo que analice su control sobre su problema y su capacidad para solucionarlo y darle respuesta.

Concluimos esta parte señalando la importancia de la comunicación según la bibliografía consultada y remarcando la necesidad de adquirir este tipo de conocimientos para conseguir ofertar a las personas que precisan de nuestra ayuda un cuidado más humanizado.

Objetivos

La pregunta a la que tratamos de hacer frente y hacia la cual va dirigido el trabajo es la siguiente: *¿Es realmente eficaz la comunicación terapéutica como herramienta de la enfermería en el alivio del sufrimiento humano espiritual?*

Por ello, proponemos los siguientes objetivos en este trabajo:

Objetivo principal

- Mostrar cómo la comunicación terapéutica basada en la humanización y la excelencia en el cuidado es realmente eficaz en el alivio del sufrimiento humano.

Objetivos secundarios

- Definir el concepto de sufrimiento espiritual, cómo surge, características o implicaciones de este.
- Mostrar la importancia de la dimensión espiritual del ser humano
- Mostrar como competencia enfermera el abordaje de la dimensión espiritual
- Mostrar cuáles son las dificultades o impedimentos que hacen que el profesional de enfermería no brinde cuidados espirituales
- Incluir las recomendaciones recogidas de los artículos sobre el abordaje del Sufrimiento Espiritual y la Comunicación terapéutica

Material y método

El tipo de estudio pertinente para alcanzar los objetivos planteados es una revisión bibliográfica.

Antes de todo, se marcan una serie de criterios de inclusión para la selección de artículos encontrados, que incluyo en la siguiente tabla:

Título	Debe hablar sobre el abordaje del sufrimiento a través de la comunicación en la enfermería, sobre comunicación terapéutica o sobre el sufrimiento (espiritual)
Objetivos	Algún objetivo del artículo debe coincidir aproximadamente con el objetivo principal de este trabajo
Tema	Alivio o trato del sufrimiento a través de la comunicación terapéutica
Idioma	Artículos escritos en español e inglés
Cobertura cronológica	Artículos publicados en un período de 15 años (para tener más margen de búsqueda)

Tabla 2: Criterios de inclusión de artículos seleccionados

Fuente: Elaboración propia

Los criterios de exclusión de las publicaciones han sido aplicados por estar escritos en portugués, por no encontrar el artículo en texto completo y libre, por dirigirse a población infantil, por considerar como personal sanitario a médicos y obviar a la Enfermería o simplemente porque el título y/o objetivos no se aproximaban a los resultados que buscábamos.

Se realizan nueve búsquedas bibliográficas en cuatro bases de datos (PubMed, Scielo, Cuiden y Dialnet Plus). Para ello, se usan operadores booleanos, que se corresponden con palabras clave de este trabajo. Dentro de cada base de datos se aplican los filtros que nos

parecen necesarios o útiles. Todo este proceso de búsqueda, el cual ha resultado más complicado de lo esperado, aparece resumido en la siguiente tabla:

Búsqueda	Palabras clave y operador booleano	Limitadores	Encontrados	Válidos
1. PubMed	“communication” AND “suffering” AND “nursing”	Texto completo, últimos 5 años y especie humana.	102	0
2. PubMed	“Spiritual pain” AND “communication”	Texto completo	23	1
3. Scielo	“Sufrimiento” AND “Enfermería”	Idioma inglés y español, Enfermería	199	2
4. Scielo	“Sufrimiento” OR “espiritual”	Idioma inglés y español, Enfermería	364	2
5. Scielo	“Comunicación” AND “Cuidados”	Idioma inglés y español, Enfermería	152	1
6. Cuiden	“Sufrimiento” AND “espiritual”	Ninguno	80	2
7. Dialnet	“therapeutic communication”	ninguno	172	1
8. Dialnet	“Comunicación” AND “Enfermedad”	“Artículo de revista”	874	1
9. Dialnet	“Comunicación” AND “Enfermedad”	“Artículo de revista”, “Ciencias de la salud”, “Enfermería”.	89	1

Tabla 3: Búsquedas bibliográficas en los distintos buscadores

Fuente: Elaboración propia

Tras la búsqueda de artículos relacionados con el tema a tratar, se procedió a realizar una lectura global de todos y análisis en profundidad de cada uno de ellos.

Resultados y conclusiones

Resultados

Tras las búsquedas realizadas en las bases de datos según las estrategias descritas en el apartado anterior, hemos obtenido un total de 11 artículos a partir de los cuales trataremos de responder a nuestra pregunta de investigación y cumplir los objetivos propuestos en el trabajo. Esto lo haremos a través del análisis de estos artículos.

A continuación, aparecen en una tabla los artículos seleccionados de los que hablamos:

Título	N.º*	Año	Tipo de diseño	Objetivos	Resultados y conclusiones
<u>La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal</u>	8	2002	Revisión	Mostrar los aspectos éticos y legales de la información al paciente, la comunicación como herramienta terapéutica, el proceso de comunicación con el paciente y las reacciones de éste ante la enfermedad	La comunicación o la información es un elemento terapéutico en sí mismo, que facilita que el sujeto inicie los mecanismos adecuados para hacer frente al sufrimiento.
<u>El Sufrimiento Espiritual y la Intervención de Enfermería</u>	6	2005	Revisión	Se presenta un caso clínico real entre una Enfermera y un paciente en estado crítico. Se analiza el caso en base a los Patrones del Conocimiento de Barbara Carper desde el enfoque Epistemológico y Ontológico y se clarifica una visión identificada en este caso. Se trata el sufrimiento espiritual y el profesional de la salud en el cual se menciona la necesidad de tratar al paciente no sólo físicamente sino también tratar el espíritu.	Durante el análisis del caso clínico de Enfermería y del sentimiento de sufrimiento espiritual se llegó a la conclusión que la práctica profesional de la Enfermera(o) con el paciente va más allá de dedicarse a el cuidado físico; sin embargo, es uno de los aspectos que se descuidan en las estancias hospitalarias. Para que se proporcione el cuidado espiritual es necesario que la Enfermera tenga congruencia entre los valores personales y de enfermería así como conocimientos científicos de la disciplina y de otras áreas para construir su conocimiento propio y así poder dar un Cuidado Humano
<u>Suffering, loss and grief in palliative care</u>	2	2006	Revisión	Describe algunos de los problemas psicosociales en cuidados paliativos y ofrece estrategias de comunicación para despertar inquietudes. También discute sobre el sufrimiento/dolor anticipado y complicado, y proporciona algunos recursos útiles	Hay mucho por hacer por parte del personal sanitario en el alivio del sufrimiento y la angustia. En respuesta a la angustia y el sufrimiento la clave es la comunicación. Para poder brindar apoyo a familia y paciente, los profesionales de la salud deben cuidar de sí mismos antes para cuidar del resto.
<u>La comunicación con los pacientes</u>	5	2006	Revisión	Demostrar la importancia de establecer con el paciente una comunicación adecuada	El profesional de Enfermería debe ser capaz de crear, por medio de la comunicación, una relación terapéutica enfermera-paciente con la cual conocer a la persona ayudada, entender sus necesidades, brindarle ayuda y aliviar el dolor y sufrimiento.
<u>Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual</u>	6	2007	Revisión	Realizar un breve análisis sobre las experiencias vividas enfermera-paciente, seguido de la reflexión sobre los patrones de conocimiento formulados por Barbara Carper	se hace evidente que la enfermería debe incursionar en el cuidado de la espiritualidad del paciente. Es necesario que la Enfermería pueda identificar el sentimiento para que intervenga acorde a las necesidades espirituales del paciente, cuando sea capaz de crear un ambiente terapéutico en el que exista confianza y la

					comunicación sea fluida para que el paciente pueda exteriorizar sus miedos y sufrimientos y compartirlos, lo que supone la manera más eficaz de abordarlos.
<u>La Interacción comunicativa en el cuidado de la salud</u>	7	2010	Revisión	Mostrar algunos elementos claves en la comunicación en salud y cómo el proceso de comunicación afecta las intervenciones en salud.	El proceso de comunicación tiene todo un contenido específico que debe ser conocido y estudiado si se quiere aplicar sus fundamentos en interacciones que establecemos con los pacientes. Es importante orientar el cuidado y estimular a ese ser desde su fuero interno, para que obtenga el mayor bienestar y confort posible.
<u>Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura</u>	3	2012	Revisión	Conocer los desarrollos que la enfermería ha alcanzado acerca del cuidado de pacientes con enfermedad crónica, de sus familiares, y su sufrimiento, así como los instrumentos propuestos para medirlo.	Tener en cuenta la valoración del sufrimiento emocional del paciente ante una enfermedad proporciona elementos que permiten determinar las acciones para cuidarlo con una actitud y un sentimiento de apoyo hacia su situación de salud, y la investigación sobre el sufrimiento proporcionará elementos conceptuales, actitudinales y de intervención que enriquecerán la formación de las nuevas generaciones
<u>La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual</u>	3	2014	Teorización	Describir el sufrimiento humano, propio de la dimensión espiritual, y su cuidado en la Enfermería	Ante el sufrimiento la Enfermería tiene cometido de cuidar a través de escucha activa, presencia o contacto. Es pertinente una mayor investigación, estudio y divulgación sobre el tema.
<u>El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería</u>	4	2014	Artículo original- estudio cuantitativo, descriptivo, transversal	Investigar el bienestar espiritual del equipo de enfermería y la prestación del cuidado espiritual por la misma.	Los profesionales presentaron bienestar espiritual y existencial moderado y bienestar religioso alto. En cuanto a la prestación del cuidado espiritual, a pesar de la implicación religiosa y de considerar importante la prestación del cuidado espiritual, solo una pequeña cuota de los profesionales presta ese tipo de cuidado.
<u>La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad</u>	7	2016	Revisión	Mostrar la efectividad de la comunicación como herramienta terapéutica	La comunicación como herramienta terapéutica es una habilidad imprescindible para atender a los enfermos en situación de enfermedad grave y sufrimiento.
<u>Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal</u>	9	2016	Revisión	Mostrar las necesidades espirituales de las personas y proponer que la mejor herramienta de actuación con la que cuentan las enfermeras es la comunicación, que debe afrontarse en un contexto de counselling	La espiritualidad y las necesidades espirituales son un campo poco explorado por las enfermeras. La persona es algo más que cuerpo y mente. La atención a las necesidades espirituales se ve, por tanto, relegada y olvidada; se trata el dolor y otros síntomas, pero, por lo general, se olvida frecuentemente el sufrimiento.

(*El número se corresponde con el número de búsqueda, relacionado con la Tabla 3 del apartado anterior.)

Tabla 4: Artículos seleccionados tras la búsqueda bibliográfica. Ordenados por orden cronológico.

Fuente: Elaboración propia.

En el Anexo I se reflejan en una tabla otros datos de los mismos artículos seleccionados. (Ver Anexo I).

Tras una lectura en profundidad de los artículos, obtenemos unas categorías o puntos comunes en función de los cuales podemos ordenar la información recogida en dichos artículos. De esta información ya se habló en parte al inicio del trabajo, en el apartado del marco teórico.

Desinformación sobre el cuidado espiritual

En primer lugar, en cuatro de los once artículos seleccionados^{57,58,59,60}, se hace referencia a la falta de información que existe acerca del tema. Además, se anima a realizar futuras investigaciones sobre ello, por la importancia que tiene, especialmente en el cuidado de la Enfermería. La gran mayoría de artículos que hablan sobre el sufrimiento y el abordaje de éste a través de la comunicación son revisiones de tipo bibliográfico (ver *tabla 4*). Según reflejan los autores de dichos artículos son necesarias más investigaciones de carácter científico que favorezcan la formación profesional.

El concepto del holismo

Un concepto muy repetido en la búsqueda en general es el de holismo. De hecho, aparece reflejado en seis de los once artículos. En todos ellos, se remarca la importancia del holismo en la práctica del cuidado.

En este cuidado es importante establecer en un primer momento una relación enfermera-paciente de confianza y ayuda⁵⁴ para brindar ese cuidado integral del que hablamos. El holismo hace referencia a que el hombre es un ser material y espiritual y la unión es tal que una de las partes no existe sin la otra y viceversa. Es decir, que el cuerpo no sería cuerpo “humano” sin la unión con el alma espiritual.⁵⁵

Según Magaña Castillo y Jordán Jinez,⁵⁶ la enfermera declara que cuida al paciente como un todo, es decir que proporciona este cuidado holístico, pero varios estudios informan que las enfermeras evitan comúnmente abordar la dimensión espiritual positiva de los

pacientes, familias y comunidades. Después veremos qué problemas aparecen y que impiden el cuidado espiritual.

La comprensión de la persona como un ser holístico contribuye para que el cuidado, de la misma manera que busca resolver problemas en el cuerpo, también sirva para que las emociones y las respuestas de los pacientes estén acordes con las necesidades y los problemas por resolver.⁵⁷ Además, según Pérez-García la comprensión holística es excelente, por tanto, para frente al “dolor total”, compuesto por un conjunto complejo de elementos somáticos, emocionales, sociales y espirituales.⁵⁸ También, para que en el cuidado exista reciprocidad, el profesional de salud, en este caso la Enfermería, necesita contemplar al paciente como un ser activo, que en muchas situaciones por su condición de salud puede presentar respuestas cambiantes.⁵⁹

El sufrimiento espiritual. Definición y aspectos relacionados

Otro término, del que obtenemos definiciones varias (en cinco de los once artículos) tras esta búsqueda, es el de sufrimiento. Entre todas, podemos conformar una definición y unos términos asociados comunes:

En primera instancia, el Sufrimiento, del francés Souffrance se refiere a tormentos, aflicciones, angustias, padecimientos, penas. Es un estado que se presenta cuando es percibida una situación de destrucción inminente por la persona. Es decir, que es un trastorno en sus creencias o sistema de valores que constituyen su fuente de fuerza, esperanza y significación para la vida. Es una de las experiencias más profundas del ser humano y compromete la totalidad del ser y se manifiesta de manera individual teniendo en cuenta que es una experiencia subjetiva vivenciada solo por quien lo padece. Esto hace que sea algo biográfico, íntimo y esto la hace más dolorosa. La representación del sufrimiento en cada persona depende de su cosmovisión. El profesional de la salud debe conocer la filosofía, la creencia del paciente para saber la reacción frente al sufrimiento, si se olvida de esto se hace una terapéutica deshumanizada.^{55,56,57}

El sufrimiento es una experiencia común a toda la humanidad, que no podemos confundir con el dolor, siendo este físico. Para ciertos autores supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser. Es una experiencia de límite, tanto moral como existencial, mental, religiosa, social o política. Nos recuerda que somos seres limitados, finitos, vulnerables.

En consecuencia, el hombre manifiesta tristeza. El primer efecto de la tristeza es el agobio del ánimo y la desgana. Si nuestra voluntad, que es nuestro motor, está enferma por la tristeza, nuestras energías se ven influidas de forma negativa para la actividad. Y al referirnos a la actividad, no solo hacemos referencia a la física, sino también a la intelectual cognoscitiva. Así, el sufrimiento espiritual influye en el resto de las esferas del hombre⁶⁰.

Con respecto a las manifestaciones del sufrimiento Avila Sansores y Casique Cacique⁵⁵ introducen una serie de datos que pueden facilitar al personal enfermero el diagnóstico del sufrimiento. Las denominan “referentes empíricos”, los cuales se encuentran ligados a los atributos críticos o determinantes, de los que también hablan y se muestran a continuación de esta tabla:

DATOS SUBJETIVOS (informados)	DATOS OBJETIVOS (observados)
1. Expresiones de preocupación sobre el significado de la vida, la muerte o el sistema de valores.	1. Aumento de interés observado por la lectura acerca de los temas, planteamiento insistente de preguntas.
2. Cólera hacia a Dios y representantes religiosos	2. Manifestado por cejas bajas y contraídas al mismo tiempo. Líneas verticales entre las cejas, párpado inferior tenso; las pupilas pueden estar dilatadas. Expresión de enfado hacia Dios
3. Búsqueda de comprensión del significado del sufrimiento, la propia existencia o las implicaciones éticas o morales del régimen terapéutico.	3. Planteamiento constante de preguntas relacionadas.
4. Deseo de hablar con un sacerdote o guía espiritual.	4. Observado por aumento de interés por temas relacionados.
5. Pesadillas, trastornos del sueño.	5. Interrupciones abruptas durante el sueño. 6. Manifestado por cólera, llanto, retraimiento, preocupación, ansiedad, hostilidad, apatía, insomnio, empleo del humor negro.
6. Alteración del humor o la conducta	

Tabla 5: Referentes empíricos del sufrimiento espiritual en las personas

Fuente: “Diagnóstico y cuidado enfermero en el sufrimiento espiritual”⁵⁵

Los atributos críticos del Sufrimiento Espiritual que comentábamos son⁵⁵:

- Trastorno en el sistema de creencias
- Ira hacia Dios
- Busca ayuda espiritual
- Búsqueda de comprensión del significado del sufrimiento
- Alteración del humor o la conducta

Por otro lado, Magaña Castillo y Jordán Jinez⁵⁶ también incluyen en su artículo estos atributos críticos o características de Sufrimiento Espiritual y los clasifican en principales y secundarios:

Principales:

- Experimenta un trastorno en el sistema de creencias.

Secundarios:

- Cuestiona la credibilidad de las creencias
- Muestra desánimo o desesperación
- Es incapaz de practicar los ritos religiosos habituales
- Tiene sentimientos ambivalentes (dudas) sobre las creencias
- Expresa que no tiene razón para vivir
- Tiene una sensación de vacío espiritual
- Muestra una indiferencia emocional respecto a sí mismo y a los demás.
- Expresa preocupación sobre el significado de la vida, el sufrimiento y la muerte.
- Pide ayuda espiritual por una alteración en el sistema de creencias.⁵⁶ (El sufrimiento espiritual y la intervención de Enfermería).

Para terminar este punto, Lobb⁶¹ señala ciertos factores de riesgo del sufrimiento:

- Ser más joven
- Tener hijos jóvenes
- No tener pareja
- Estar en situación de aislamiento social
- Tener dificultades o problemas en las relaciones
- Alteraciones en la salud mental y/o física
- Otros estresantes de la vida

- Progresión a la fase terminal de una enfermedad

Y la misma autora, hace la siguiente afirmación: “Los pacientes que carecen de la compañía y apoyo de parientes cercanos pueden depender totalmente de los profesionales de la salud para su soporte físico, mental y espiritual.” Por lo que queda muy claro que es fundamental el dominio de este campo por parte de Enfermería.

Cuidado espiritual como competencia de la Enfermería

Otro resultado interesante que obtenemos tras el análisis es la idea de que es la Enfermería la responsable del cuidado espiritual de las personas a las que atiende. Es decir, que se considera a las enfermeras y enfermeros como principales cuidadores en el ámbito de los profesionales de la salud, también en la dimensión espiritual. Esto hace que el personal enfermero deba empoderarse en este tipo de conocimientos. Por ello es necesaria, y así se remarca en numerosas referencias, la formación especializada en cuidados espirituales. En el estudio realizado por Mesquita A.C. (et al.)⁶² el 42% de los participantes de la muestra afirmaron no haber recibido formación acerca de la prestación de cuidado espiritual, y de estos, el 77% sienten falta de ese tipo de preparación

Según los resultados del mismo estudio sólo el 30% de los profesionales incluidos en la muestra de estudio reconocieron brindar cuidados de tipo espiritual de forma frecuente. Es cierto que estos datos no son extrapolables a una generalidad. Pero según la bibliografía revisada es necesaria una mayor intervención por parte de Enfermería sobre las necesidades espirituales y el sufrimiento de los pacientes.

Muñoz Devesa et al. comentan al respecto que ante el sufrimiento humano es la Enfermería quien por su misma naturaleza y vocación tiene el cometido de conocer, estudiar y cuidar. También son los recursos humanos enfermeros los que, tras un desarrollo especializado en habilidades, pueden valorar, diagnosticar y tratar el sufrimiento espiritual del ser humano (a esto haremos referencia más adelante). Durante el análisis del concepto se hace evidente que la enfermería debe incursionar en el cuidado

de la espiritualidad del paciente. Es necesario que la Enfermería pueda identificar el sentimiento para que intervenga acorde a las necesidades espirituales del paciente.⁵⁵ En definitiva, la Enfermería tiene una gran responsabilidad por su misma vocación de aliviar el sufrimiento humano. Y tiene la obligatoriedad de no olvidar la dimensión espiritual^{58,60}

En relación al paciente con enfermedad crónica destacamos que cuidar al paciente con enfermedad crónica desde el sufrimiento es de gran importancia, ya que cuidar es la esencia de enfermería y su práctica se mejora con la aplicación del conocimiento científico. Es a partir de este conocimiento que se cualifica el cuidado de enfermería.⁵⁷

Lobb, en cuanto al cuidado espiritual también incluye a los propios profesionales sanitarios como receptores de cuidados de este tipo. El personal sanitario debe cuidar también de sí mismos y del resto de compañeros/as.⁶¹

Volviendo de nuevo al estudio de Mesquita A.C. (et al.)⁶², hacen una relación directa entre los cuidados espirituales de la enfermería y entre el confort de las personas a las que cuidamos (espiritualmente hablando): De acuerdo con uno de los resultados de este estudio, hay una asociación positiva entre mayor bienestar espiritual y la importancia dada por el equipo de enfermería a la prestación de cuidado espiritual ($P < 0,01$). Es vital que los profesionales de enfermería respondan a las necesidades espirituales de los pacientes de una forma competente y sensible.⁶²

Para finalizar este apartado, en el artículo de Magaña Castillo y Jordán Jinez⁵⁶, hacen referencia a la etapa de valoración del Proceso de Atención de Enfermería que ya conocemos: La autoevaluación debe proceder a la valoración respecto a las preocupaciones espirituales, y la valoración de la salud espiritual debe estar confinada al contexto de la enfermería. La enfermera puede ayudar a personas con preocupaciones o angustia espiritual proporcionando recursos para la ayuda espiritual, escuchando sin juzgar, y dando oportunidad de cubrir las necesidades espirituales

Además, en el mismo artículo se nos presentan una serie de principios de los cuidados de enfermería muy interesantes. Se incluyen en la siguiente tabla:

1. Todas las personas tienen una dimensión espiritual, participen o no en prácticas religiosas. Un individuo es una persona espiritual incluso cuando está desorientado, confuso, emocionalmente enfermo, irracional, o con deterioro cognoscitivo
2. La naturaleza espiritual del individuo se debe considerar como parte de su cuidado total, junto con las dimensiones física y psicosocial.
3. Los cuidados espirituales pueden incluir la religión, aunque no estén limitados a ella, la creatividad y la autoexpresión con frecuencia son importantes para la espiritualidad.
4. La investigación indica que la dimensión espiritual de la enfermería implica «estar con» en lugar de «hacer a» los clientes y familias.
5. Los sistemas de cuidado de la salud, a menudo, dan una baja prioridad a los temas espirituales en la planificación y prestación de cuidados.
6. El trabajo de las enfermeras no debe violar sus propios valores morales, éticos, espirituales o religiosos.
7. La naturaleza del cuidado espiritual que recibe un individuo puede afectar directamente a la rapidez y calidad de su recuperación de la enfermedad, o la calidad de la experiencia de muerte del individuo y la familia.
8. El ambiente físico influye a menudo en la espiritualidad, por tanto, las enfermeras deben procurar unas instalaciones apropiadas siempre que sea posible, considerando aspectos como tranquilidad, naturaleza, música, arte, etc.
9. La investigación demuestra que la persona con más altos niveles de bienestar espiritual tiende a experimentar menores niveles de ansiedad. Para muchas personas, las actividades espirituales les proporcionan una acción de afrontamiento directa.
10. La enfermera debe funcionar como abogado para reconocer y respetar las necesidades espirituales del individuo, que pueden a veces ser pasadas por alto o ignoradas por otros profesionales de la salud.
11. Para ayudar a las personas con angustia espiritual, la enfermera debe reconocer ciertas creencias y prácticas de los distintos grupos espirituales que se encuentran en el país

Tabla 6: Principios y fundamentos racionales de los cuidados de Enfermería

Fuente: Elaboración propia⁵⁶

Dificultades o impedimentos en el cuidado espiritual

Con relación a la actuación enfermera y como veíamos en los resultados del estudio realizado por Mesquita et al.: “De los participantes, el 22% afirmó nunca prestar el cuidado espiritual, 46% raramente, 30% frecuentemente y 2% no respondió”. Es decir que se encuentran ciertos problemas a la hora de brindar estos cuidados. En seis de los 11 artículos analizados se exponen una serie de dificultades observadas con relación a la no prestación de cuidados espirituales. Se recogen en una tabla a continuación unificando dicha información:

Carencia de herramientas, inhabilidad para lidiar con el cuidado espiritual
Desinformación en cuanto la repercusión de la dimensión espiritual en la salud
Escasez de tiempo y personal
Factores culturales e institucionales
Dificultades en la evaluación de las necesidades espirituales del paciente
Falta de un aprendizaje claro sobre los aspectos espirituales
La percepción errónea sobre los fenómenos que envuelven el cuidado espiritual
Modelo biologicista de cuidado
Ausencia de conciencia en las enfermeras de su propia espiritualidad
Miedo a profundizar en lo intangible

Tabla 7: Dificultades observadas en el personal de Enfermería a la hora de brindar cuidados espirituales

Fuente: Elaboración propia.^{54,56,57,58,60,62,63}

El cuidado del sufrimiento espiritual. Comunicación terapéutica

Este apartado de resultados lo organizaremos siguiendo el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) con los datos obtenidos tras la lectura de la bibliografía seleccionada. Como ya sabemos, el PAE está conformado de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En cuanto a la valoración:

Para valorar el sufrimiento, Bayés (autor al que se referencia en uno de los artículos) propuso una escala conformada por dos preguntas. En la primera pregunta hay una valoración subjetiva acerca de cómo se le hizo el tiempo durante la etapa del sufrimiento, y en la segunda pregunta se pide una aclaración acerca de la respuesta dada. Karnofsky, (otro autor, que de igual forma se referencia en el mismo artículo) a su vez, estableció una escala que permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas. Se considera una herramienta para utilizar en cualquier tipo de patologías que se puede utilizar como predictor independiente de mortalidad. La escala de sufrimiento es un instrumento propuesto por el Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación Femeba (PAMP-FF), organización no gubernamental, con la misión de promover el desarrollo del cuidado paliativo en Argentina. El instrumento permite de manera gráfica (en una escala de 0 a 10) la valoración del sufrimiento en tres niveles (sin sufrimiento, sufrimiento moderado y máximo sufrimiento) a través de la evaluación de las posibles causas de este referidas a los aspectos de condición del paciente, problemas familiares, prácticos, emocionales y preocupación religiosa/espiritual. Esta escala fue utilizada en un estudio donde se cuantificó el nivel de sufrimiento por medio de la escala del termómetro emocional en cuidadores de pacientes.⁵⁷

Pérez-García da un pequeño giro al resultado anterior y comenta que son muchas las herramientas con las que cuentan los sanitarios para iniciar una valoración espiritual (Cuestionario FICA, HOPE, SPIRIT, Modelo de Kristeller et al, escala de bienestar espiritual FACIT-Sp-12, Escala de afrontamiento religioso Brief-RCope, Escala de valoración del sufrimiento espiritual de Ortega, Escala de Perspectiva Espiritual de Reed, Cuestionario GES, Meaning in life scale, ...), pero realmente, la mayoría de ellas, están diseñadas para la investigación, carecen de carácter clínico o son meras traducciones no validadas del inglés. Además, los pacientes, en estos momentos críticos, prefieren contar historias y hablar abiertamente y en profundidad con el profesional, más que contestar cuestionarios de respuestas cerradas.⁵⁸

A toda la información anterior, Lobb⁶¹, añade que, antes de nada, el personal sanitario (en este caso la enfermera/o), debe propiciar un clima o ambiente agradable y facilitador para la expresión del sufrimiento. Además, propone una serie de posibles preguntas que se

pueden realizar para comenzar una conversación con el paciente, también en presencia de familiares, de un modo terapéutico. En este caso, están enfocadas a un paciente terminal, pero podemos adaptarlas a cualquier tipo de sufrimiento espiritual:

General
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es lo que más te preocupa en este momento? • ¿Qué cosas son las más importantes para ti ahora? • ¿Cuáles son tus mayores preocupaciones o miedos? • ¿Cómo te afecta tu situación de salud emocionalmente? • ¿Dirías que a veces te sientes muy triste o deprimido? • La ansiedad es común en personas con enfermedades como la tuya. ¿Has sentido ansiedad últimamente?
Relaciones y vida social
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo lleva tu familia lo que te está sucediendo? • ¿Cómo te ha impactado la reacción de tu familia? • ¿Estás preocupado por resultar ser una carga para otros? • ¿Te preocupa cómo tu familia asumirá la situación contigo?
Preocupaciones existenciales o espirituales
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cosas son las que te sostienen y te dan fuerza en la vida? • ¿Pertenece a alguna religión, fe o comunidad? • ¿Es la religión, Dios u otra creencia espiritual importante para ti? • ¿Están siendo desafiadas tus creencias por tus experiencias actuales? • ¿Tienes a alguien con quien hablar sobre preocupaciones espirituales? • ¿Son útiles para ti las oraciones, las escrituras, la música, la meditación o la lectura?

Tabla 8: *Explorando las preocupaciones psicosociales y espirituales: formas de abrir una discusión*

Fuente: “*Suffering, loss and grief in palliative care*”⁶¹

Con respecto al diagnóstico, entablar el primer contacto e indagar en las necesidades espirituales de los pacientes puede ser complejo, pero se debe intentar. Luego, para saber si las actuaciones emprendidas son correctas y van en el sentido de la resolución de los problemas detectados se deberán utilizar ciertas etiquetas diagnósticas. Para ello las enfermeras cuentan con las taxonomías NANDA-NOC-NIC,⁵⁸ (ver tabla en Anexo I) de

las que ya hablamos en el marco teórico (ver marco teórico). A modo de síntesis, la definición NANDA de *Sufrimiento Espiritual* es la siguiente: “deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo.”³⁰ En el propio artículo sobre el diagnóstico Enfermero en el sufrimiento espiritual⁵⁵ hacen referencia a que la propia NANDA hace una subdivisión a este diagnóstico, incluida en la siguiente tabla:

Dolor espiritual: Dificultad para aceptar la pérdida de un ser querido o un sufrimiento intenso (físico o emocional)
Alejamiento espiritual: Separación de la comunidad religiosa o de la fe
Ansiedad Espiritual: Reto para el sistema de creencias y valores
Culpa espiritual: Incapacidad para soportar las normas religiosas
Cólera espiritual: Dificultad para aceptar la enfermedad o pérdida del sufrimiento
Pérdida espiritual: Dificultad para hallar un bienestar en la religión
Desesperación espiritual: Sensación de no importarle a nadie

Tabla 9: Subdivisión del diagnóstico “*Sufrimiento Espiritual*” según la NANDA⁵⁵

Fuente: Elaboración propia

Las etapas de planificación y ejecución, las representaremos unidas. Para hacer frente a esta parte en primer lugar haremos de nuevo referencia a las taxonomías NOC y NIC. Con respecto a esta última, las intervenciones de Enfermería, en general, incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad. Estas se realizarán con el paciente de acuerdo al factor relacionado que esté ocasionando la respuesta humana del paciente, las cuales se determinará por medio de las características definitorias encontradas en la valoración.⁵⁶

Los NIC principales propuestos por la NNN (ver tabla x en Anexo I) para alcanzar dicho resultado son: *Apoyo espiritual* y *Facilitar el crecimiento espiritual*. El apoyo espiritual consiste en una ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias, mientras facilitar el crecimiento espiritual consiste en facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida. Ante el sufrimiento humano, el diálogo ayuda a encontrar un sentido a través de una pedagogía de la posibilidad. Esto es

posible porque si hay posibilidades, aún hay esperanza. Y si hay esperanza, hay sentido.”⁶⁰

A partir de esta revisión, podemos decir que, el diálogo, con fines específicos de conocimiento del otro, de educación, identificación como de satisfacción de necesidades, se puede constituir en el elemento clave, propiciador de escenarios de encuentro que permitan orientar el cuidado y estimular a ese ser desde su fuero interno, para que obtenga el mayor bienestar y confort posible.⁵⁹

Al recibir al paciente, al acogerlo a su cuidado, las enfermeras deberán hacerlo con hospitalidad, presencia y compasión; dando esperanza, pero no falsa esperanza, se trata de hacerle ver que siempre estarán dispuestas a actuar, a hacer algo, que éste seguro que no se hallará sólo, ni aún en los peores momentos. La información-comunicación esperanzadora es aquella que contempla aspectos positivos sobre la evolución de la situación, como la existencia de tratamientos para evitar el sufrimiento, que en todo momento el paciente será considerado como máximo responsable de la situación, que se intentarán cumplir sus deseos y que no va a ser abandonado. Por otro lado, se debería tener presentes las reacciones psicológicas del paciente, respetarlas y adecuar a las mismas el tipo de comunicación que se va a establecer, así como sus contenidos.⁶⁴ En los sucesivos encuentros es responsabilidad de los profesionales de enfermería estar abiertos a utilizar herramientas en comunicación que faciliten el encuentro empático, tener una actitud de escucha activa y realizar preguntas abiertas, con autenticidad y congruencia. La mera comunicación ya, en sí misma, es terapéutica. El modelo de relación que propone la SECPAL es el desarrollado por Henry Nowen conocido como “Sanador herido”. En este, profesional y paciente se encuentran en condiciones de simetría, el cuidador conoce sus herramientas, pero también sus heridas y fragilidad; reconoce los recursos del acompañado, mas no niega sus dificultades. Se trata de una relación desde el encuentro en igualdad y desde el máximo respeto.⁵⁸

Trabajar los aspectos relacionales y favorecer espacios para el aprendizaje de habilidades de comunicación y manejo de la expresión emocional nos brinda la oportunidad de completar nuestra intervención profesional, dándole un carácter de excelencia y humanidad⁶³. Es necesario que la Enfermera tenga congruencia entre los valores personales y de Enfermería, así como conocimientos científicos de la disciplina y de otras áreas para construir su conocimiento propio y así poder dar un Cuidado Humano.⁵⁶

Según Avila Sansores y Casique Cacique⁵⁵, las siguientes intervenciones sirven para mitigar el sufrimiento espiritual:

- Valorar factores causales concurrentes
- Eliminar o reducir los factores causales concurrentes si es posible

Para finalizar, para que la información sea una herramienta terapéutica, Benítez del Rosario y Asensio Fraile⁶⁴, comentan la importancia de presentar aquellas características que la hagan lo más válida posible. Éstas se resumen en la siguiente tabla:

Adaptada a las expectativas de conocimiento que presenta el paciente
Circunscrita a la evolución de la enfermedad sin adelantar acontecimientos
Concreta y cercana a las preguntas del paciente
Coherente entre todas las fuentes
Esperanzadora, transmitiendo aspectos positivos
Adaptada a la situación psicológica del paciente

Tabla 10: Características de la Comunicación de calidad

Fuente: La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal⁶⁴

Conclusiones

En primer lugar, comentamos la dificultad que ha existido en la búsqueda de artículos válidos para este trabajo, por la poca presencia de estos. De hecho, fue necesaria una modificación de los criterios de inclusión para poder abarcar más artículos útiles en este caso. Asimismo, destacamos que la gran mayoría de artículos encontrados están escritos en habla hispana. También existe bibliografía de este tema en habla portuguesa, pero esos artículos quedaron excluidos según los criterios de búsqueda establecidos. ¿Cuál es la causa de que el personal enfermero de habla anglosajona escriba menos sobre el sufrimiento espiritual y su abordaje?

Además, la intención original del trabajo era realizar la búsqueda con artículos recientes, de 5 años de antigüedad como máximo. Esto no fue posible por la ausencia de estos.

Estas cuestiones que hacen que no dispongamos de artículos suficientes, han sido una sorpresa, ya que estamos hablando de un tema muy importante para el ser humano. Teniendo en cuenta de que formamos parte de un equipo de Enfermería, en el que nuestro fin ha de ser el bienestar de las personas a las que cuidamos día a día, es difícil de comprender la falta de conocimiento que hay sobre la dimensión espiritual y su abordaje terapéutico. Por ello, y como se remarca en la mayoría de artículos revisados, es necesaria una mayor investigación de tipo científico sobre el tema, y una mayor formación en el personal de Enfermería, con el fin de alcanzar la excelencia y la humanidad en el cuidado.

Finalmente, los objetivos propuestos han sido respondidos. En cuanto a la Comunicación terapéutica como herramienta en el alivio del sufrimiento, ha quedado plasmada la utilidad de esta. Para ello, es necesario comprender los elementos fundamentales en una comunicación de forma que esta resulte terapéutica. Así como darle importancia al sufrimiento y a la dimensión espiritual. Por ende, recomendamos en primer lugar, un mayor estudio y ahondamiento en el tema en cuestión. Por otro lado, la formación. Sería muy positivo para el nivel profesional dominar este tipo de conocimientos. Por ello, se podrían elaborar cursos, impartidos por personal formado, divididos en varias sesiones y dirigidos a cualquier enfermera/o que desee ampliar su conocimiento y buscar la excelencia en el cuidado.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones que hemos encontrado han sido las siguientes:

- La dificultad en la búsqueda bibliográfica, que ya ha sido comentada en las conclusiones
- Relacionado con el punto primero, escasez de artículos que hablen del tema, especialmente de artículos científicos de tipo investigación. (Sólo uno de los artículos revisados presenta una investigación de tipo científica).
- Los artículos revisados están acotados en una franja cronológica muy amplia, debido a lo anterior.

Agradecimientos

En primer lugar, a mi familia, quienes me han apoyado a lo largo de mi vida y especialmente en esta etapa de formación. También a todos mis amigos y amigas y a las personas que han compartido conmigo estos cuatro años de carrera universitaria tan especiales, y que han soportado tanto los buenos como los malos momentos.

A mis compañeros/as y amigos/as de clase, por su compañía, alegría y apoyo.

A las personas que han contribuido a mi formación, enfermeras/os y profesoras/es, que con paciencia y comprensión me han ayudado a comenzar esta etapa próxima como enfermero de la mejor manera posible.

A todos los pacientes y a sus familias, a los que he tenido el orgullo de cuidar (o al menos de contribuir en su cuidado), que me han enseñado tanto sobre la vida y han compartido conmigo sus experiencias, alegrías y sufrimientos.

Y, por supuesto, a mi tutora, Matilde Tenorio Matanzo, quien me ha ayudado a realizar este trabajo, mostrando siempre disposición y ánimo durante la elaboración de éste.

Bibliografía

1. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1990.
2. Glosario de términos filosóficos [Internet]. Webdianoia. 2013. Disponible en: <http://www.webdianoia.com/>
3. Jiménez-Castro A, Salinas-Durán M, Sánchez-Estrada T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Revista Enfermera IMSS. 2004;12(2):61-63.
4. Real Academia Española [Internet]. Dle.rae.es. 2013. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=sufrimiento>
5. Costa C. Para comprender el sufrimiento humano. Revista Bioética. 2016;24(2):225-234.
6. Observatorio Metodología Enfermera. “Necesidades Básicas Virginia Henderson”. FUDEN [Consulta el 19/04/16] Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424
7. Castillo M. Patrones Funcionales de Marjory Gordon [Internet]. Docvadis.es. 2012. Disponible en: <http://www.docvadis.es>
8. Donabedian, Avedis. La evaluación de la necesidad. Biblioteca de la Salud. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica, 1988; 71-83.
9. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. Journal of Palliat Med. 2009;12(10):885-904
10. Jomain C. Morir en la ternura. Madrid: San Pablo; 1987.
11. Ramió Jofre A. Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas. Madrid: PPC; 2009.
12. Beca Infante, Juan Pablo. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. Ética de los Cuidados. 2008 ene-jun;1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6734.php>
13. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm 2007; 20(4): 499-503.
14. Benito E, Barbero J, Payás A (Coord). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta [Internet]. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2008. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf
15. Tosao Sánchez C. Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. FMC. 2012;19(6):331-8.
16. Bermejo Higuera JC, Lozano González B, Villaciers Durbán M, Gil Vela M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. Med Paliat. 2013;20(3):93-102.
17. Pérez-García E. ENFERMERÍA Y NECESIDADES ESPIRITUALES EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL [Internet]. Scielo.edu.uy. 2016. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006#2

18. Arredondo-González Claudia Patricia, Siles-González José. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet]. 2009 ; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.
19. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul. Enferm. 2007; 20(4): 499-503
20. Ceballos P. DESDE LOS ÁMBITOS DE ENFERMERÍA, ANALIZANDO EL CUIDADO HUMANIZADO. Ciencia y enfermería [Internet]. 2010;16(1):31-35. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000100004&script=sci_arttext&lng=en
21. Furegato A, Prestupa S. O que a população sabe e espera do enfermeiro. Rev. Gaúcha Enferm. 2000; 20(1):80-90. Comentado en: Ciencia y cuidado. 2007; 4(4):21-27.
22. Quero García M, Delgado Arcas S. Humanización en los cuidados y la relación de ayuda. Enfermería Docente [Internet]. 2013;99:32-34. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-99-07.pdf>
23. Molina Restrepo, M^a Eugenia. La ética en el arte del cuidar. Investigación y Medellín. Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía. [Internet] 2002 Sept; 20 (2). Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16735/14512>
24. Quintero B. ÉTICA DEL CUIDADO HUMANO BAJO LOS ENFOQUES DE MILTON MAYEROFF Y JEAN WATSON. Ciencia y Sociedad. 2001;26(1).
25. Davis A. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enfermería clínica. 9(1).
26. Torralba F. Antropología del Cuidar. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina; 1998.
27. Nieto Molina Carmen. Te hablaré con mis caricias. Gerokomos [revista en la Internet]. 2010 Jun; 21(2): 66-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X201000020004&lng=es.
28. Quero García, Manuel; Delgado Arcas, Sonia. Humanización en los cuidados y la relación de ayuda. Enfermería Docente; 99: 32-34. 2013. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/99pdf/99-032.pdf>
29. Miró López, Susana. Aprender a fuego. El sentido del sufrimiento en la obra de Flannery O'Connor. Universidad francisco de Vitoria. Madrid. 2012.
30. NANDA I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. 9o ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
31. Torralba F. Aproximación a la esencia del sufrimiento. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30(3): 23-37.
32. Alarcos FJ. Bioética y pastoral de la salud. Madrid: San Pablo; 2002
33. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 2004

34. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index Enferm [Internet]. 2014 sep.; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.
35. Bermejo J. Acompañamiento espiritual en cuidados paliativo. 1ª edición. Santander: Sal Terrae; 2009.
36. Miaja Ávila, M., Moral de La Rubia, J.. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología, Norteamérica, 10, may. 2013. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951/39953>>.
37. Alvarez Alvarez, Roberto (et.al). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento en Cuidados Paliativos. SECPAL. Madrid. 2014.
38. Moorhead S, Jonhson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4o ed. Barcelona: Elsevier España; 2009. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
39. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2008. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
40. Martínez-Correa A, Reyes Del Paso G. Fiabilidad, validez factorial y datos normativos de la versión española del inventario abreviado de reacciones interpersonales (SIRI) de Grossarth-Maticek y Eysenck. Revista de Psicopatología y Psicología clínica [Internet]. 2007;12(2):131-142. Disponible en: [http://www.aepcp.net/arc/05_2007\(2\)_Martinez-Correa_y_Reyes_del_Paso.pdf](http://www.aepcp.net/arc/05_2007(2)_Martinez-Correa_y_Reyes_del_Paso.pdf)
41. López Marure E, Vargas León R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev Enferm IMSS [Internet]. 2002;10(2):93-102. Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/COM.ENF.pdf>
42. Benavent Garcés MA, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. En: Colección de Enfermería 21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL); 2001, 2: 72
43. Etxebeste A. Modelos teóricos de enfermería aplicados a la Salud Mental. En: libro de ponencias: Jornadas de Enfermería en Salud Mental. Mondragón: 1.998. p. 1-11. Disponible en: <http://anesm.net/anesm/descargas/modelos%20teoricos%20de%20enfermeria%20aplicados%20a%20salud%20mental.pdf>
44. Tomas G, Postigo E. Bioética personalista: Ciencia y controversias. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007
45. O'Brien A. J. The therapeutic relationship: historical development and contemporary significance. J Psychiatr Ment Health Nurs 2001;8(2):129-137.
46. Bermejo, J.C. Apuntes de Relación de Ayuda. 4ªed. Madrid: Centro de Humanización de la Salud; 1996.
47. Rico Beltrán, C. Comunicación y Continuidad de Cuidados. El sistema de las tres "C". Temperamentvm, 6; 2007.
48. Miguel García, Rosa Mª. ¿Qué es la asertividad? Saberpsicología [Internet]. Disponible en: <http://saberpsicologia.com/articulos/habilidades-sociales/que-es-la-asertividad/381>

49. Ortiz Crespo, R. Aprender a escuchar. Cómo desarrollar la capacidad de escucha activa. USA. Editorial Lulu; 2007. Disponible en: http://www.aprenderaescuchar.es/imagenes/AprenderaEscuchar_Preview.pdf
50. CIANCARULLO, T. I. Instrumentos básicos para o cuidar; um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.
51. SILVA, M. J. P. da. Percebendo os sentimentos de maneira não verbal. Revista Paulista de Enfermagem, v. 10, n. 03, p. 128-131. 1991.
52. Santos C, Shiratori K. Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de Enfermería [Internet]. Enfermería global; 2009; 12(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/912/902>
53. Alférez Maldonado A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 2012;3(2):147-157. Disponible en: http://www.aecs.es/3_2_6.pdf
54. Naranjo B. IC, Ricarte G.GP. La comunicación con los pacientes. Invest. Educ. enferm. 2006; 24(1):94-98.
55. Avila Sansores G, Casique Cacique L. Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual. Desarrollo Científ Enferm. 2007;15(5):231-236.
56. Magaña Castillo M, Jordán Jinez M. El Sufrimiento Espiritual y la Intervención de Enfermería. Desarrollo Científ Enferm. 2005;13(6):183-187.
57. Montalvo-Prieto Amparo, Cabrera-Nanclares Boris, Quiñones-Arrieta Sandra. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. Aquichán [Internet]. 2012 Aug; 12(2): 134-143
58. Pérez-García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2016;5(2):41-45.
59. Noreña Peña A, Cibanal Juan L, Alcaraz Moreno N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Esp Com Sal. 2010;1(2):113 -129.
60. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index Enferm [Internet]. 2014 Sep; 23(3): 153-156
61. Lobb E, Clayton J, Price M. Suffering, loss and grief in palliative care. Australian Family Physician. 2006;35(10):772-775.
62. Mesquita Ana Cláudia, Costa Valcanti Avelino Carolina, Neves Barreto Maiara, Alves Nogueira Denismar, Souza Terra Fábio de, Cássia Lopes Chaves Érika de. El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic; 23(4): 219-223

63. Fernández Peris S. La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. *Panacea*. 2016;17(44):111-114.
64. Benítez del Rosario M, Asensio Fraile A. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria*. 2002;30(7):463-466.

Anexo I

Título	Autores	Idioma	Revista	Base de datos	Ref. Bibliográfica
<u>La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual</u>	A. Muñoz Devesa, I. Morales Moreno, José C. Bermejo Higuera y José M. ^a Galán González Serna	Esp.	Index de Enfermería	Scielo	Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index Enferm [Internet]. 2014 Sep; 23(3): 153-156
<u>La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad</u>	Silvia Fernández Peris	Esp.	Panacea	Dialnet Plus	Fernández Peris S. La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. Panacea. 2016;17(44):111-114.
<u>La comunicación con los pacientes</u>	Isabel C. Naranjo Bermúdez y Gloria P. Ricaurte García	Esp.	Invest. Educ. Enfermera	Scielo	Naranjo B. IC, Ricaurte G.GP. La comunicación con los pacientes. Invest. Educ. enferm. 2006; 24(1):94-98.
<u>Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual</u>	G. María Avila Sansores y L. Casique Cacique	Esp.	Desarrollo Científ Enferm.	Cuiden	Avila Sansores G, Casique Cacique L. Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual. Desarrollo Científ Enferm. 2007;15(5):231-236.
<u>El Sufrimiento Espiritual y la Intervención de Enfermería</u>	Margarita Magaña Castillo y Ma. Lourdes Jordán Jinez.	Esp.	Desarrollo Científ Enferm	Cuiden	Magaña Castillo M, Jordán Jinez M. El Sufrimiento Espiritual y la Intervención de Enfermería. Desarrollo Científ Enferm. 2005;13(6):183-187.
<u>Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura</u>	Amparo Montalvo-Prieto, Boris Cabrera-Nanclares y Sandra Quiñones-Arrieta	Esp.	Aquichán	Scielo	Montalvo-Prieto Amparo, Cabrera-Nanclares Boris, Quiñones-Arrieta Sandra. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. Aquichán [Internet]. 2012 Aug; 12(2): 134-143
<u>La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal</u>	M.A. Benítez del Rosario y A. Asensio Fraile	Esp.	Aten primaria	Dialnet Plus	Benítez del Rosario M, Asensio Fraile A. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. Aten Primaria. 2002;30(7):463-466.
<u>Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal</u>	Esteban Pérez-García	Esp.	Enfermería: Cuidados Humanizados	Dialnet Plus	Pérez-García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2016;5(2):41-45.
<u>Interacción comunicativa en el cuidado de la salud</u>	A L Noreña Peña, L Cibanal Juan, N Alcaraz Moreno	Esp.	Rev Esp Com Sal	Dialnet Plus	Noreña Peña A, Cibanal Juan L, Alcaraz Moreno N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Esp Com Sal. 2010;1(2):113 -129.
<u>El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería</u>	Ana Cláudia Mesquita, Carolina Costa Valcanti Avelino, Maiara Neves Barreto, Denismar Alves Nogueira, Fábio de Souza Terra y Érika de Cássia Lopes Chaves.	Esp.	Index. Enferm.	Scielo	Mesquita Ana Cláudia, Costa Valcanti Avelino Carolina, Neves Barreto Maiara, Alves Nogueira Denismar, Souza Terra Fábio de, Cássia Lopes Chaves Érika de. El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic; 23(4): 219-223
<u>Suffering, loss and grief in palliative care</u>	Elizabeth A Lobb, Josephine M Clayton y Melanie A Price	Ing.	Australian Family Physician	PubMed	Lobb E, Clayton J, Price M. Suffering, loss and grief in palliative care. Australian Family Physician. 2006;35(10):772-775.

Tabla 11: Datos sobre los artículos seleccionados según la metodología del trabajo.

Fuente: Elaboración propia

Diagnóstico (NANDA)	Resultado (NOC)	Intervención (NIC)
<ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento espiritual • Riesgo de sufrimiento espiritual • Disposición para aumentar el bienestar espiritual • Deterioro de la religiosidad • Riesgo de deterioro de la religiosidad • Disposición para mejorar la religiosidad • Sufrimiento moral • Disposición para mejorar la esperanza • Desesperanza • Duelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud espiritual - bienestar espiritual • Esperanza • Calidad de vida • Nivel de sufrimiento • Muerte digna 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo espiritual • Cuidados en la agonía • Facilitar el crecimiento espiritual • Facilitar el perdón • Escucha activa • Clarificación de valores • Dar esperanza • Facilitar el duelo • Facilitar la meditación • Facilitar la práctica religiosa • Grupo de apoyo • Terapia de grupo • Potenciación de la autoestima • Potenciación de la socialización

Tabla 12: Diagnósticos, resultados e intervenciones ante el Sufrimiento Espiritual

Fuente: Enfermería y Necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal⁵⁸